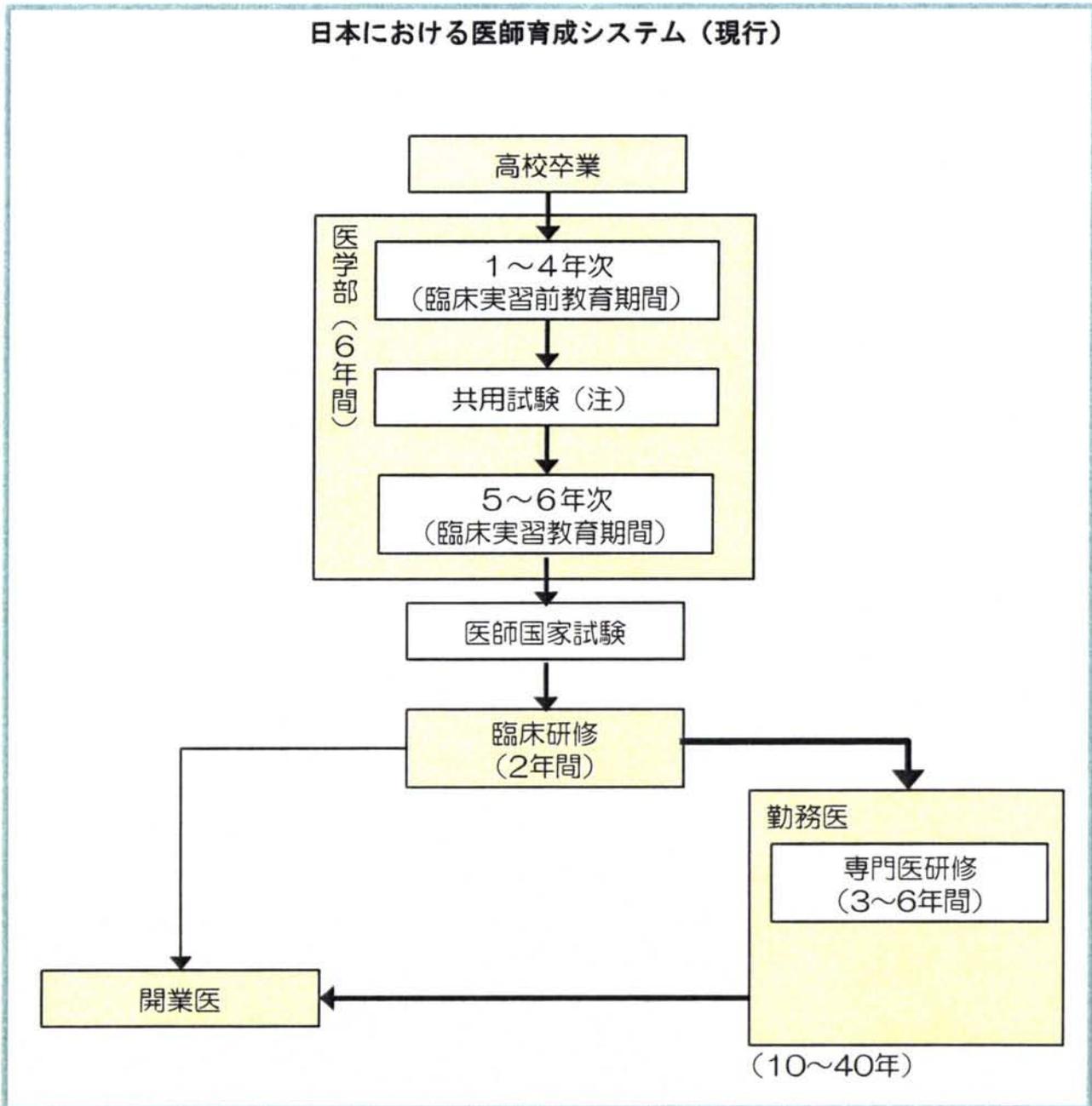


2. 総合医の育成

(1) 現行の医師育成システム

- 日本の医師育成システムの中で、「1.」に上げたような総合医を増やすためにはどうすればよいか、具体的な改善方策を検討する。
- まず、現行の医師育成システムを概観する。
- 医師になろうとする学生は、大学受験の際に、大学の医学部を受験して合格する必要がある。この受験科目は医学部特有のものではなく、理科系学部と同様の学科試験である。通常、難易度は高く、医学部合格は難関とされている。
- 医学部は6年の教育課程となっている。主に以下のような教育課程を経ることになる。
 - 1～2年次は概ね一般教養課程であり、理科系学部と同様の教養科目を学ぶ。2年次から基礎医学課程が始まるケースもある。
 - (2年次または)3年次から、基礎医学課程が始まり、解剖学や生理学などを学ぶ。
 - 3年次から臨床医学過程が始まり、内科学や外科学を始めとする臨床医学を学ぶ。
 - 4年次を修了する頃(臨床医学課程を修了する時期)に「共用試験」が行われる。これは、臨床実習に入る前に実施される試験であり、これに通った学生が臨床実習に入ることができる。合否は各大学が決めることになっている。
 - 5年次～6年次にかけて、臨床実習が行われる。これは、医学部の附属病院や学外の医療機関などで行われるものであり、ほぼ全ての診療科を少人数グループで回るケースが多い。
 - 6年次には卒業試験が行われる。この試験に合格すると医学士となり、医師国家試験の受験資格も得られる。
- 医師国家試験は毎年2月に実施されている。この試験に合格することにより、医師となる。(厚生労働大臣より医師免許が交付される。)医師国家試験は3日間に渡り、500問の選択式の設問が出題される。出題科目は全ての医学関連科目であり、4年に1度「医師国家試験出題基準」が出されている。医師国家試験の合格率は、近年、80%台後半で推移している。
- 医師国家試験合格後、臨床に携わるためには、2年間の初期臨床研修を受けることが義務付けられている。これは、大学病院・一般病院等の研修指定病院にて、内科、外科、麻酔科、産婦人科、小児科、精神科等の主要分野をローテーションしながら医師として最低限の基本的な技術・能力を身につけるものである。例外的なケースを除き、ほとんどの医師が初期臨床研修を受けることになる。
- 初期臨床研修終了後、そのまますぐに開業するケースは少なく、多くの場合、病院勤務医として勤務しながら、自分の専門としたい分野を選んで研修を行っていく(後期臨床研修または専門研修と呼ばれる)ことになる。期間は概ね3～6年である。
- 病院の勤務医を経た後、順次、開業していくケースが多い。(病院勤務医として定年退職を迎えるケースもある。)開業に際して、人数制限などは設けられていない。

日本における医師育成システム（現行）



(注)「共用試験」は、臨床実習に入る前に実施される試験。これに通过了学生が臨床実習に入ることができる。合否は各大学が決める。

(2) 現行の医師育成システムにおける問題点

①学部教育のあり方

医師に共通する基盤の設定

- ヨーロッパは、学部教育から総合医コースと専門医コースに分かれている。総合医と専門医の共通基盤を設定して、その条件を満たした人のみが診療できるということにしないとイケない。現在の日本では、医師なら誰でも専門医から開業医になれてしまう。

臨床推論の教育

- 我が国の医学教育の問題点は、臨床推論ができないということ、それから医療問診と身体所見の取り方の教育が不十分である。
- 現在の日本の医学教育に最も欠けているのは、臨床推論（Clinical Reasoning）である。
- 臨床推論というのは、要するに例えば患者さんが頭が痛い、おなかが痛いといったときに、どういう病気を考えて、そしてどういうふうに所見を取って、最後にどういう検査をして、どういう診断にするかという能力であり、その能力が日本の医学生に一番欠けている。
- が苦しいという患者さんが行くと、すぐ呼吸器の方に行きなさいという。そうすると胸の写真を撮って、あなたの肺は何ともないと言われ、そうすると今度は、じゃあ他の病気かもしれないので、今度は循環器内科に行きなさいと言われる。循環器内科に行って、それで心電図を撮ったりして、全部回り道して入院して診断に到達することになる。
- その中で最も欠けているのは、ゆっくり身体所見をとって、ゆっくり頭の中で考えて診断するということである。これはプライマリケア、総合医の場合に一番必要なことであり、そういう教育は日本では非常にかけている。
- 総合医と専門医の共通の基盤は、ちゃんと話を聞けて、ちゃんと推論できて、ということだと思う。鑑別診断と臨床推論とは少し違う。
- 学生の教育は、総合診療部の先生が本当は中心になってやるべきだ。そこに大学の総合診療部の存在意義があると思うが、確かに全部カバーするのは無理だ。要するに日本の医学生教育で一番欠けているのは、考え方が、臨床推論という教育を全然受けていない。だから、胸が痛いというとすぐ心筋梗塞、お腹が痛いというとすぐ何と、一つの病気しか考えられないような教育しか受けていない。

ファースト・アクセスに関するトレーニング

- これは自分の診る患者ではないというふうにまずは言わずに、まず診療してみる。もちろん手に負えないものは多いので、ジェネラリストといえども7、8割、フィールドによって9割ぐらいをカバーできるというところなので、当然いろいろなところに相談するが、非選択的に診療しながら学ぶ、それから幅広く学ぶ。それが臨床現場で実際役立つということを学生に見せるということを大学病院や大病院でやらないと、医者モデル自体が偏ってしまう。

診断学の教育

- 本来は総合診療的な能力を持った人が一番学生の教育に当たるべきで、しかも昔は、診断学の実習をずいぶん長くやった。ベテランの講師の人はずっと。ところが今は診断学の教育はものすごく短くなった。本当は、どこの大学でも診断学の時間をもう少しとって、それは本来総合診療部の先生がきっちり教えて、どういう病気を考えていいかということをして学生とディスカッションしながら行っていくのが大学の総合診療部の先生の一番重要な役目だと思っている。

人間を診ることに関する教育

- 例えば、医師の偏在とかの問題解決などについては、変わった医師がいることが、今まででも何とか地方が生き延びてきた理由でもあった面はあり、あまり医師を一つの枠にはめない方がよいと思う。だけど基本的には最低限、命に関わることだから、そこを教育しながら、なおかつ人間を診るという、ちょっと不思議な科学をやらざるを得ない。そこに隙間が生まれるような医学教育というのがあるといいような気がする。

熟練した医師の診察を体系化したトレーニング

- 非常に熟練した医師が行っていること、考えることを具体化して、学生に見せていくことが重要である。例えば、「胸が痛い」という患者さんがいたときに、ベテランの医師は瞬間的に2～3の疾患に絞ってしまうことができる。それをトレーニングすることが必要。

患者の心理・環境や地域のあり方に関する教育

- 学生には、体の中の病態生理だけでなく、地域医療とか総合診療に興味を持ってもらう必要がある。そのためには、環境、家族、それから近隣を中心とした地域、あるいは自治体、そういう患者さんが住んでおられる環境と心理の問題、こういう病態というものも病気を作っていることが多いわけで、そういう科目もきちっと基礎医学のような形で裏付けていかないと、なかなか地域医療の教育というのは伸びないのではないか。

現場体験の時間が不足している

- 自治医科大学では開学以来、プライマリケアに努力はしてきたが、一番効果があるのが、院外必修のベッドサイドラーニングで、これは5年生のときに、全学生が2週間、自分の出身の都道府県に帰って、自分の先輩のいる診療所に行って一緒に2週間寝起きを共にしながら実診、実習をすることである。これはかなりインパクトがあるようで、学生はこの時に初めて医療のあるべき姿というか住民とドクターとの間の信頼感に感銘を受けるようである。
- 現場が総合医を育てることは確か。長野では、総合医が心筋梗塞のケアもしている。2次医療機関では、幅の広い人材が必要。専門医の集まりではダメ。しかし、教育の時に臨床ばかりやっていると、医師国家試験に落ちる可能性が高くなるので、悩ましい。
- 実習については、将来、総合医を医師の中で半分ぐらい育てていくためには、臨床実習のかなりの部分を開業医の先生の下で勉強できるように、特にグループプラクティスなどをやっているところで勉強できるような仕組みづくりがこれから大きな課題なのではないかと思っている。
- 臨床実習で学生が診療所の活動に触れるようにすると、医学部の学生は8,000人いるので、対応する診療所の医師も多数必要になる。診療所の先生も大変お忙しいとは思いますが、背中を見せるだけでもいいし、あとは、話の長い患者さんがいた時には学生にインタビューさせるとか、いろんな工夫をしながら何とか教育に携わって頂きたいと考えている。そのときに、都道府県医師会とか都市の医師会にもお願いをして、一緒に学生の受け入れをやって頂けないかということをお願いしていく必要があるのではないかとと思っている。
- 学生の診療所実習については、体系だって教えるというよりは、オン・ザ・ジョブ・トレーニングで、実際に患者さんを一緒に診て、ちょっと小さな質問をして、それを学生がどう考えるか、どう受け止めるか、どんな勉強をしたらいいと思うかということ、症例を通して、学生に疑問を持ってもらうことが大切である。また、患者さんの背後にある環境がどうなっているのかということを考えるきっかけを与える、それで診療が終わった後で簡単なディスカッションをして頂くということで、かなりいい教育になると思う。また、訪問看護とかケアマネジャーさんたちの会議に出るとか、現場を見て考えるという習慣をつけてもらうことも必要ではないかと思う。
- 当診療所の実習では、研修生が保健師さんと一緒に仕事をするのもあって、あしたもメタボの教室があるが、そういうところに行って、講師とかワークショップのファシリテーターをやる実習もあるので、そういうのにどんどん連れていく。これの一番いいところは、参加者の皆さんから、あなたのやり方はこうだったよというのをあとで生のフィードバックをもらう。彼女がもらったのは、声が小さい、それではまずいと。でもすごくよくやったよと。そういうのをもらうと、非常に頑張る。彼女（研修生）は腎臓内科志望で、透析にならないためにはどうしたらいいかということをやっていたので、やはり予防が大事なんだということで、このネタにも非常に食いついていって非常にポジティブにやってくれた。これは保健師さんも非常に喜んだ。こういう先生になってほしいということを彼女たちは思っているのだから、そういうことで教育に参加している。
- 一番大事なと思うのは、今の医学生は圧倒的にこうした経験が少ないので、医学校の1年生からどんどんこういった実際の生の経験を増やすことを定期的に入れていかないとまずいのではないかと思う。

医師国家試験の課題

- 今の医学部では、4年生から5年生のはじめに全国共用試験が行われて、それから臨床実習を行うことになるが、医師国家試験が立ちはだかっているのに、実際には私学は5年生の後半ぐらいはずっと国家試験の勉強を始めているし、国立大学でも6年生になるとぼちぼち勉強が始まっていて結構浮き足立っている。
- 医師国家試験は今は500問、3日間で行われていて、試験時間を計算してみたら15時間20分試験が行われている。これは体力勝負みたいな感じで、果たして、問題はいろいろ改善されているが、ここまでやる必要はあるのかということもある。
- 臨床実習前の共用試験を資格試験にしてはどうか。その代わりもっと法的な裏付けをつけて、学生の臨床実習をもっと充実させたらどうか。そのあとの医師国家試験はいくらなんでも3日間、15時間は長いので、もっと簡単なものにして、そのために1年半も浮き足立った臨床実習をやらなくて済むようにしてはどうか。
- 国家試験の問題は非常に大きいと思う。国家試験の問題は、確かによくはなってきたけど、今、国家試験が相対評価であるために、結局はどんどんハードルが高くなっていく。それで今ほとんどの大学が、予備校のビデオ授業を見て、それから成績不良者を合宿させて、最後の1年間はほとんど国家試験対策で、まったく臨床のトレーニングをせずに卒業していくので、これで卒後研修が2年が1年にもなったとしたら、目茶苦茶な話だ。だから私は1年早くするのに一番有効なのは国家試験を変えることだと思う。

②初期臨床研修のあり方

研修の場

- プライマリケアの教育を、例えば卒後臨床研修であちこち大学の中を回って、地域医療実習はいいと思うが、大学の中の専門科の中をぐるぐる回っても、あまりプライマリケアの教育にはならないのではないか。

スペシャリストにもジェネラリストにも共通する基盤の設定

- 少なくとも今の日本では臓器別の専門医などのスペシャリストと、ジェネラリストを二分法的な枠組で捉えるのは、私は非生産的、非建設的な方向にいてしまうと思う。臓器別の専門医だからジェネラリストになれないとか、それが対立するとか相容れないといったような議論は、もう少しジェネラリストをきちんと養成してから、また考えていけばいいのではないか。今は一緒になって考えて、臓器別の専門医でもジェネラリスト的な機能を持っていただくといったようなことを含めて考えていかなければいけないと思っている。

指導医のあり方

- 研修医の教育も、科によって違うが、総合医でやらないと、例えば外科を3カ月回るといっても、心臓外科を3カ月回しては話にならない。総合的な能力を持った外科医が研修教育をするのが一番いい。内科でも、内科6カ月といっても、消化器1月、呼吸器1月というよりは、本当は総合的な総合内科医、総合診療医がいて、その人たちが研修教育をするのが一番いい。だから学生と研修医の教育は総合医、特に総合的な診療能力を持った専門医が必要なのではないか。

③総合医の専門研修のあり方

研修の場

- 大学が2年間の臨床研修の後で、3年目から総合医を育てる研修も考えてはどうかと思っている。しかし、大学病院の中で総合医を育てるのは無理。例えば、鎌田先生の病院のようところで修行する必要がある。
- 大学と諏訪中央病院のような医療機関がうまく連携して総合医を育てていくべき。これまでに育てた総合医はレベルが高い。大学でやりきれないことを明確にした上で大学と病院が連携する必要がある。
- 需要に比べて養成に適した現場が少ないのも事実だ。吉村先生のところ（揖斐川北西部地域医療センター）などは適した現場の最先端の一つだと認識しているが、指導医がいて、適切な患者さんが大勢いて、しかも給与をちゃんと出してくれて、というところはかなり少ない。当然私もはそういうところをいろいろ探すか、おそらくすぐにいっぱいになるだろうということで、もちろんそれを増やす努力を今いろいろな組織でやっているが、果たしてそれがどれぐらいのペースでどれぐらいうまくいくのか不安を感じている。

到達目標の明確化

- 最初に育成する医師像の要素みたいなもの、アウトカムと呼ばせていただくが、それを明確に定義しないとまずいのではないかとということ、定義したからにはその評価方法をより真正、オーセンティックというか、真実に近いもので全国統一のものを用意しないとダメなのではないか。

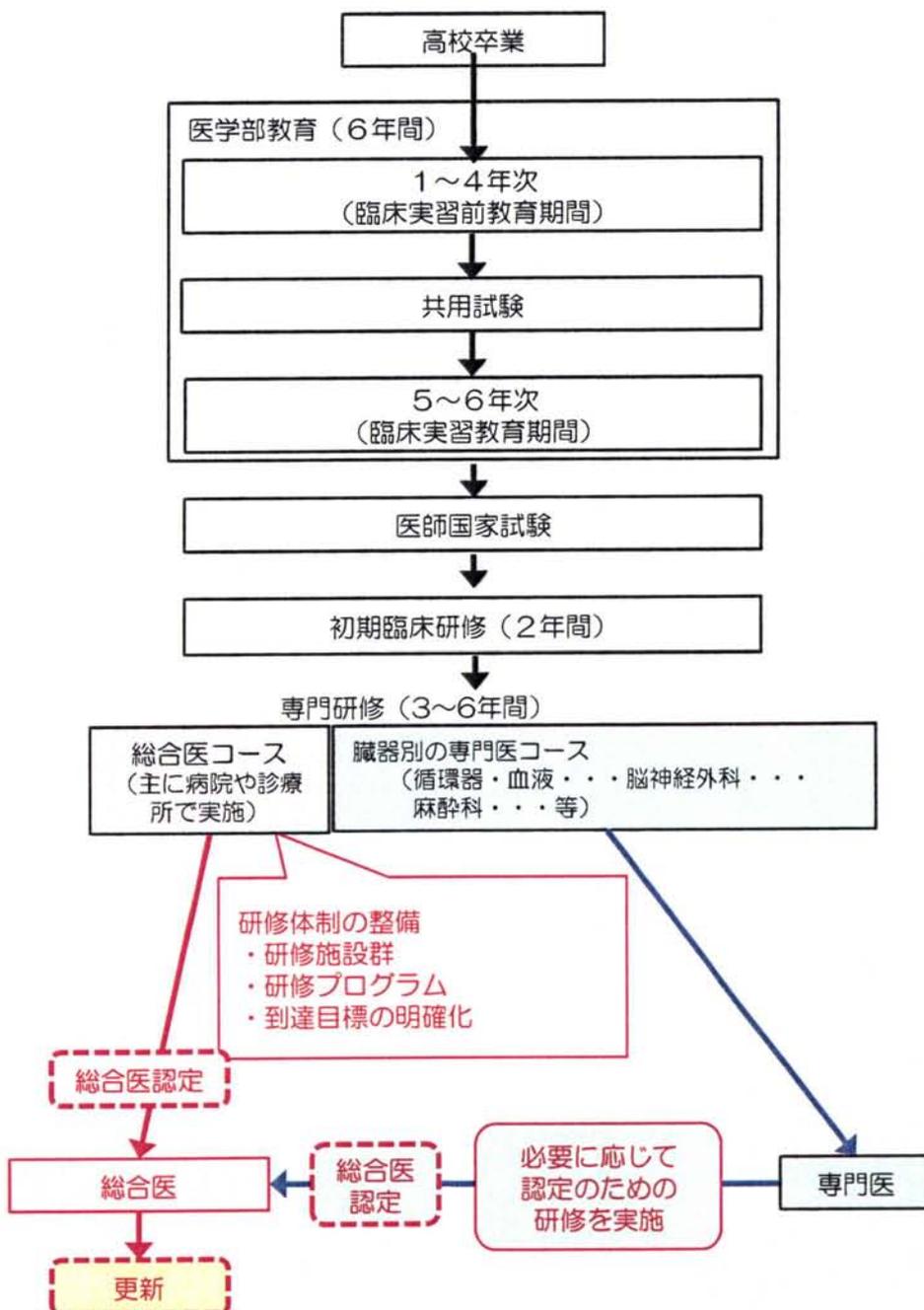
現場体験

- 当センターの研修で、とにかく大事なことは、地域の中に彼ら（研修医）を放り込むということをやってきた。待合室、薬局、公民館、あと、ここでは無料巡回バスというのがあるが、こういうのがないと田舎では生きていけないので。ある学校に行ったりとか、とにかくこういうのをまず経験してもらおう。今の医学生は高齢者、おじいさんおばあさんとしゃべったことがないという人が結構いる。世間話をしてごらんというとなると固まるという人がたくさんいる。それでは困るので、こういった経験をまずやらせるということをやっている。
- 当センターの研修では、地域での学びの場の中心を、診療所じゃなくて家庭に置いている。これがとても大事で、古い日本家屋の、冬でも寒い、暖房を入れない高齢者のところに彼らを連れていくと非常にショックだと。こんなところで暮らしているのかと。だけど大多数の高齢者はここで暮らしているということを目の当たりにしてから臨床に入ると非常に意気込みも違ってくると思う。

(3) 新しい医師育成システムのあり方

- 前述の(1)～(2)を踏まえて、新しい医師育成システムのあり方について述べる。
- まず第一に、医師の育成は、わが国の医療ニーズに即した形で行われる必要がある。そのためには、従来の医師育成の原理・原則を抜本的に変革していく必要がある。
- その上で、臨床研修は臨床医を育てる研修として、専門研修は専門医を育てる研修として、確立されることが求められる。わが国の医療において必要性の高まっている総合医については、専門医の一つとして位置付けて、専門研修の中に、他の臓器別の専門医研修と並ぶものとして構築していく必要がある。専門研修の中で総合医コースが確立され、プライマリ・ケアの研修もこのステージで行われることが望ましい。
- 専門研修の中で総合医コースを構築するためには、研修施設群・研修プログラム・到達目標の明確化などを含めた研修体制の整備を早急に図る必要がある。
- 原則として、専門研修の中の総合医コースを修了した医師が、総合医としての認定を受けて総合医として活動することになるが、認定の主体や更新年限・更新の基準なども決める必要がある。
- 専門研修の中で総合医以外のコースを経て(総合医以外の)専門医になった医師でも、総合医に変わりたいケースについては、短期間の総合医認定研修を経て、総合医になる道を作ることが考えられる。その場合にも、認定の基準や認定主体を決めておく必要がある。

新しい医師育成システム



(参考) 総合医の専門研修のイメージ

【到達すべき研修目標】

医療専門職としての使命

- 専門職としての使命感
- 継続的な学習と臨床能力の保持
- 公平・公正な医療

全人的視点

- 医療倫理
- 医師－患者関係とコミュニケーション
- 心理社会的アプローチ

医療の制度と管理

- 医療制度と法律
- 医療の質と安全
- 医療情報
- チーム医療

予防・保健

- 予防活動
- 保健活動

地域医療・福祉・介護

- 地域医療
- 医療と福祉・介護の連携

臨床問題への対応

- 臨床問題解決のプロセス
- 症候別の臨床問題への対応 (→次ページ【注】を参照)

包括的で継続的なケア

- 慢性疾患・複合疾患の管理
- 在宅医療
- 相補・代替医療 (漢方医療を含む)
- 幼小児・思春期のケア
- 女性特有の健康問題
- 男性特有の健康問題
- リハビリテーション
- メンタルヘルス
- 救急医療
- 生活習慣
- 終末期のケア

(つづき)

【研修場所】

病院(規模は問わない)での研修と診療所(有床、無床を問わない)での研修が行われるべきである。診療所での研修については、6か月以上同一の診療所で実施されることが望ましい。

【人材】

専門医研修に際しては、医師だけでなくコメディカル、地域の人たち、そして医療の利用者など多くの人々の協力のもとに実施されることが望ましい。また、協力する全ての人から、研修医に対する評価がフィードバックされる仕組みを構築することが望ましい。

【注】前ページの「症候別の臨床問題への対応」に関しては、以下の項目が考えられる。(日本医師会のカリキュラムより)

ショック、急性中毒、全身倦怠感、身体機能の低下、不眠、食欲不振、体重減少・るい瘦、体重増加・肥満、浮腫、リンパ節腫脹、発疹、黄疸、発熱、認知能の障害、頭痛、めまい、意識障害、失神、言語障害、けいれん発作、視力障害・視野狭窄、目の充血、聴覚障害、鼻漏・鼻閉、鼻出血、嘔声、胸痛、動悸、心肺停止、呼吸困難、咳・痰、誤嚥、誤飲、嚥下困難、吐血・下血、嘔気・嘔吐、胸やけ、腹痛、便通異常(下痢・便秘)、肛門・会陰部痛、熱傷、外傷、褥そう、背部痛、腰痛、関節痛、歩行障害、四肢のしびれ、肉眼的血尿、排尿障害(尿失禁・排尿困難)、乏尿・尿閉、多尿、精神科領域の救急、不安、気分の障害(うつ)、流・早産および満期産、成長・発達の障害・・・・・・・・57症候

(ご参考) イギリスにおける医師育成システム

英国の場合
2008年現在



高校卒業



医学部
5~6年間



卒業試験



仮医師免許



初期研修
1年間



医師免許



初期研修
1年間



家庭医研修
3年
(4,5年へ延長?)

専門研修
6年



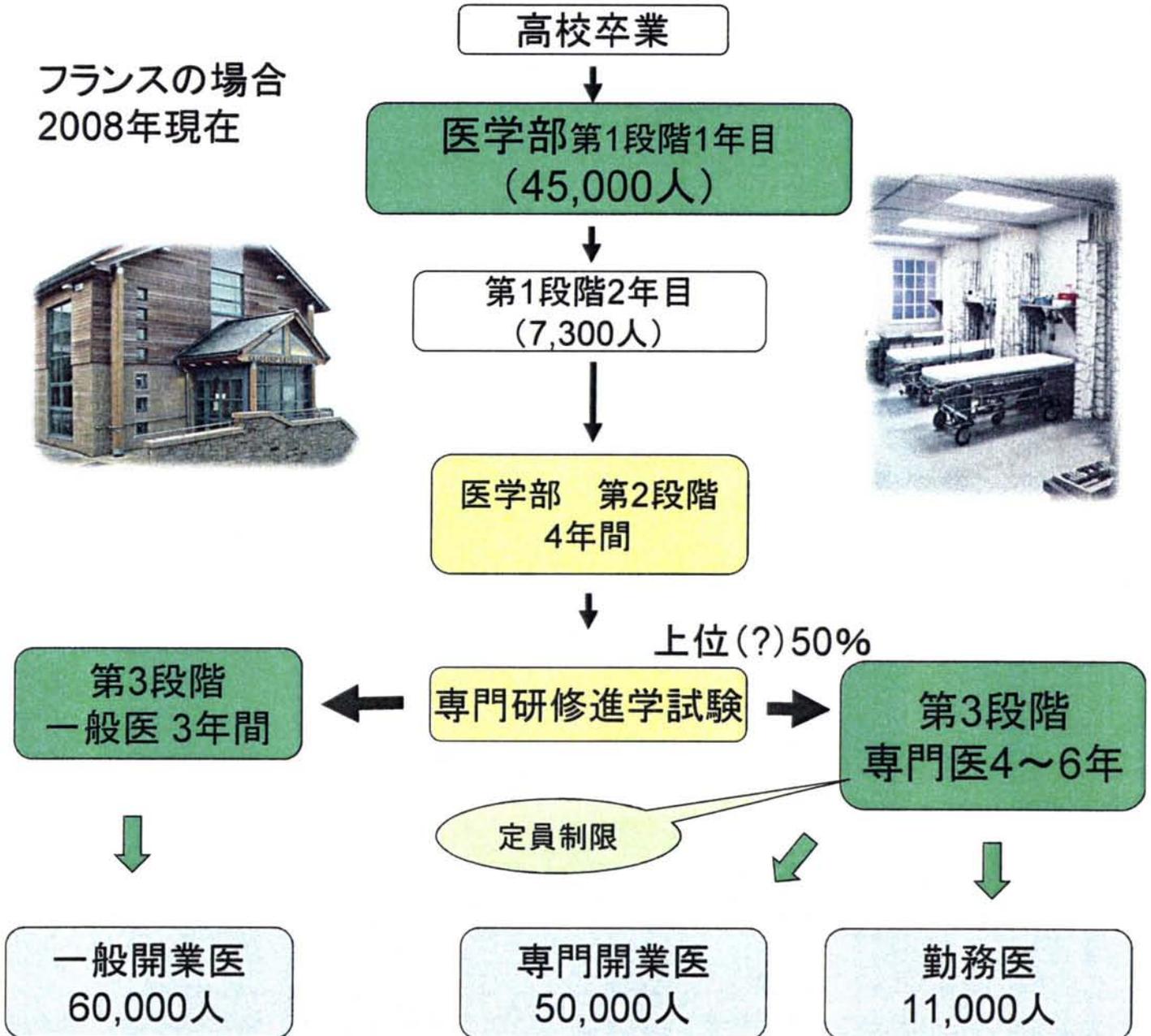
開業医

勤務医

定員
制限

(ご参考) フランスにおける医師育成システム

フランスの場合
2008年現在

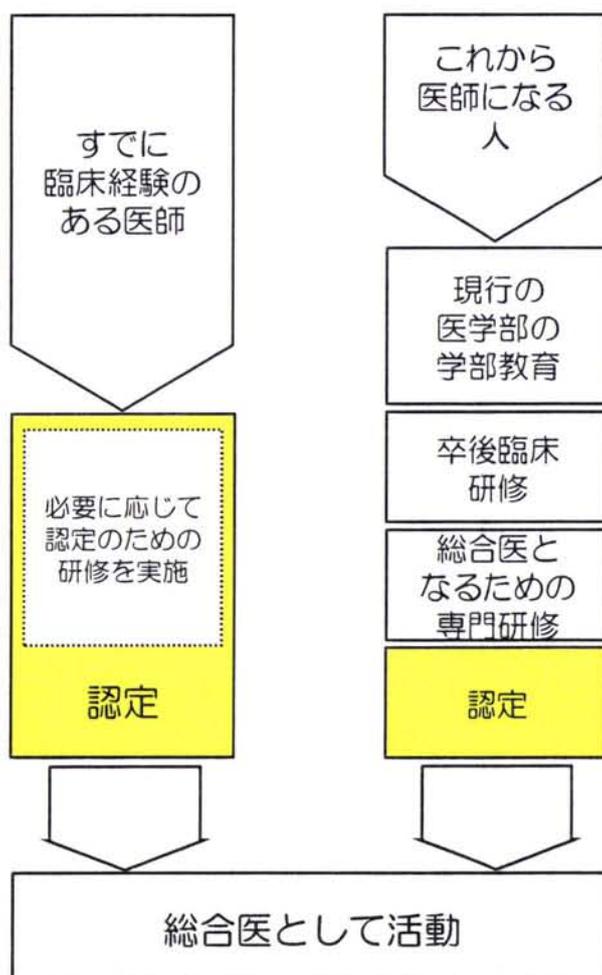


3. 総合医の認定

(1) 総合医の認定の考え方

- 総合医の育成と併せて、総合医を認定する仕組みを確立する必要がある。総合医の認定については、これから医師になる人の通るルートと、すでに医師として活動しており臨床経験のある医師の通るルートの2つが考えられる。
 - <これから医師になる人>
 - これから医師になる人が、総合医を育成するための教育システム（学部教育・卒後臨床研修・総合医となるための専門研修）を通して、総合医としての認定を受けるルートである。（ただし、このルートは、新たな総合医育成システムが確立された段階で実現するものである。）
 - <すでに臨床経験のある医師>
 - すでに臨床経験のある医師で総合医になろうとする人が、必要に応じて認定のための研修を経た上で、総合医としての認定を受けるルートである。
- 総合医を認定するための機関として、日本医師会と関連学会が総合医の認定のための第三者機関を作ることが考えられる。

総合医の認定の2つのルート



(2) 総合医の認定の詳細

● 認定機関（認定者）

- 日本医師会や関連学会等で第三者機関を新設する

● 認定基準

- 新たな教育・研修ルートを経た医師の認定条件については、専門研修の到達目標を基準として設定されることが考えられる。こうしたものを踏まえて、認定機関が全国統一的な認定条件を設定することが望ましい。
- すでに臨床経験のある医師の認定については、認定機関が必要に応じて試験・審査を行った上で認定していくことが考えられる。その際の認定条件については、「1.」で述べた総合医の4つの役割・活動に沿った形で設定されることが望ましい。

生涯教育のカリキュラムについては、日本医師会の生涯教育制度とリンクして実施することも考えられる。（→その概要は、56～58ページを参照。）

認定に際しては、これまでの活動実績や、他の総合医との協力・連携の状況なども考慮されることが望ましい。なお、1人の医師が4つの役割を全て果たせることが理想であるが、教育・研修の体制が普及・浸透するまでの当面の期間においては、地域的な取り組みやグループとしての対応、他の総合医との協力連携の状況なども加味して、柔軟な認定を行うことが求められる。

生涯学習のカリキュラム（案）

- 日本医師会で、学術推進会議と生涯教育推進委員会で一緒になって、いわゆる総合医あるいは総合診療医の生涯教育のためのカリキュラム、または専門医としての総合医を要請するカリキュラムを作ろうということが2年前にスタートした。それで3学会、プライマリ・ケア学会、総合診療医学会、家庭医療学会とカリキュラムを検討した。そこでは、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる、そのような医師を総合医というふうに定義した。
- 一般目標は、頻度の高い疾病と傷害、予防、保健、福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる総合診療医としての態度、知識、技能を身につけること。
- 「幅広い問題」と「初期対応」「継続医療」「全人的視点」という4つのキーワードから成り立っていると思うが、そのような能力を身につけるために行動目標として以下を列挙した。
 - Ⅰが医療専門職としての使命である。
 - Ⅱが全人的な視点である。この中には倫理的な側面と、医師・患者関係、コミュニケーション、臓器の異常だけでなく、患者さんの心理、社会的な側面にも配慮できるという意味で、心理・社会的アプローチが入っている。
 - Ⅲが医療の制度と管理である。ここに医療制度と法律、医療の質と安全、医療情報、チーム医療の話が入ってくる。
 - Ⅳが予防活動と保健活動である。
 - Ⅴが地域医療・福祉で、医療と福祉の連携もこの中に入ってくる。
 - Ⅵが、57種類の症候（次ページの通り）を具体的に挙げて、それぞれについて臨床問題解決のプロセスを書き込んでいる。
 - Ⅶは継続的なケアについての能力であり、慢性疾患、複合疾患の管理、在宅医療、終末期のケア、生活習慣のカウンセリング的な側面、代替医療などの項目も入ってくる。

前頁のVIにおける57種類の症候

ショック、急性中毒、全身倦怠感、身体機能の低下、不眠、食欲不振、体重減少・るい瘦、体重増加・肥満、浮腫、リンパ節腫脹、発疹、黄疸、発熱、認知能の障害、頭痛、めまい、意識障害、失神、言語障害、けいれん発作、視力障害・視野狭窄、目の充血、聴覚障害、鼻漏・鼻閉、鼻出血、嘔声、胸痛、動悸、心肺停止、呼吸困難、咳・痰、誤嚥、誤飲、嚥下困難、吐血・下血、嘔気・嘔吐、胸やけ、腹痛、便通異常（下痢・便秘）、肛門・会陰部痛、熱傷、外傷、褥そう、背部痛、腰痛、関節痛、歩行障害、四肢のしびれ、肉眼的血尿、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、乏尿・尿閉、多尿、精神科領域の救急、不安、気分の障害（うつ）、流・早産および満期産、成長・発達の障害・・・・・・・・57症候

上記の症候に対する対応

1. 適切な病歴聴取ができる。
2. 病歴を踏まえて、必要な身体診察ができる。
3. 優先度に配慮して臨床検査を施行できる。
4. 病歴、身体所見、検査所見を踏まえて、鑑別診断のための病態・疾患を列挙できる。
5. 専門医に紹介すべき病態・疾患を判断できる。
6. 自ら継続管理してよい病態・疾患を判断できる。
7. エビデンスに基づいた標準的なマネージメントができる。

前々頁のⅧにおける慢性疾患とそれぞれに求められる対応

①高血圧症

- 高血圧症の定義と引き起こされる疾病について説明できる
- リスク要因、年齢、希望するライフスタイルなどに基づいて治療目標を設定できる
- 非薬物療法（食事、運動、ストレスマネジメントなど）を実施できる
- さまざまな降圧薬の特徴を知った上で、適切な薬物を処方できる
- 患者コンプライアンス（服薬順守など）の重要性に配慮しつつ、適切な間隔で継続的フォローができる

②脂質異常症

- 脂質異常症の定義と引き起こされる疾病について説明できる
- リスク要因に基づいて治療目標を設定できる
- 非薬物療法（食事、運動）を実施できる
- さまざまな脂質代謝改善薬の特徴を知った上で、適切な薬物を処方できる
- 患者コンプライアンス（服薬順守など）の重要性に配慮しつつ、適切な間隔で継続的フォローができる

③糖尿病

- 糖尿病の定義と引き起こされる合併症について説明できる
- リスク要因に基づいて治療目標を設定できる
- 非薬物療法（食事、運動）を実施できる
- さまざまな血糖降下薬の特徴を知った上で、適切な薬物を処方できる
- 既にインスリン両方が導入されている患者の継続管理ができる
- 患者コンプライアンス（服薬順守など）の重要性に配慮しつつ、適切な間隔で継続的フォローができる

④骨粗鬆症

- 骨粗鬆症の定義と引き起こされる疾病（骨折など）について説明できる
- リスク要因に基づいて治療目標を設定できる
- 非薬物療法（食事、運動、日光浴など）を指導・実施できる
- さまざまな骨形成促進薬、骨吸収抑制薬の特徴を知った上で、適切な薬物を処方できる
- 患者コンプライアンス（服薬順守など）の重要性に配慮しつつ、適切な間隔で継続的フォローができる

⑤脳血管障害後遺症

- 脳血管障害の定義と引き起こされる精神身体障害について説明できる
- 障害に応じた治療目標を設定できる
- 適切な介護サービスの利用について助言できる
- 合併症に対する適切な管理ができる
- 在宅生活に配慮しつつ、適切な間隔で継続的フォローができる

⑥気管支喘息

- 気管支喘息の定義と病態について説明できる
- リスク要因に基づいて治療目標を設定できる
- 吸入薬を中心に、薬の特徴を知った上で、適切な薬物を処方できる
- ピークフローの自己測定と、ピークフロー値を基にした行動計画について患者に指導できる
- 発作時における適切なアドバイスと初期診療ができる
- 患者コンプライアンス（服薬順守など）の重要性に配慮しつつ、適切な間隔で継続的フォローができる



● 認定の期限

- 無期限ではなく、一定の期限を設ける
- 一定の期限を設ける場合、何年とするかは検討する必要がある

● 認定の更新

- 一定の期限ごとに更新のための条件を設定する
- 更新のための条件を設定を設ける場合、どのような基準とするかは検討する必要がある

● 認定の取り消し

- 認定の取り消しについての要件についてもあらかじめ設定しておく
- 認定の取り消しは認定機関が行う

など

4. これからの医療のイメージ

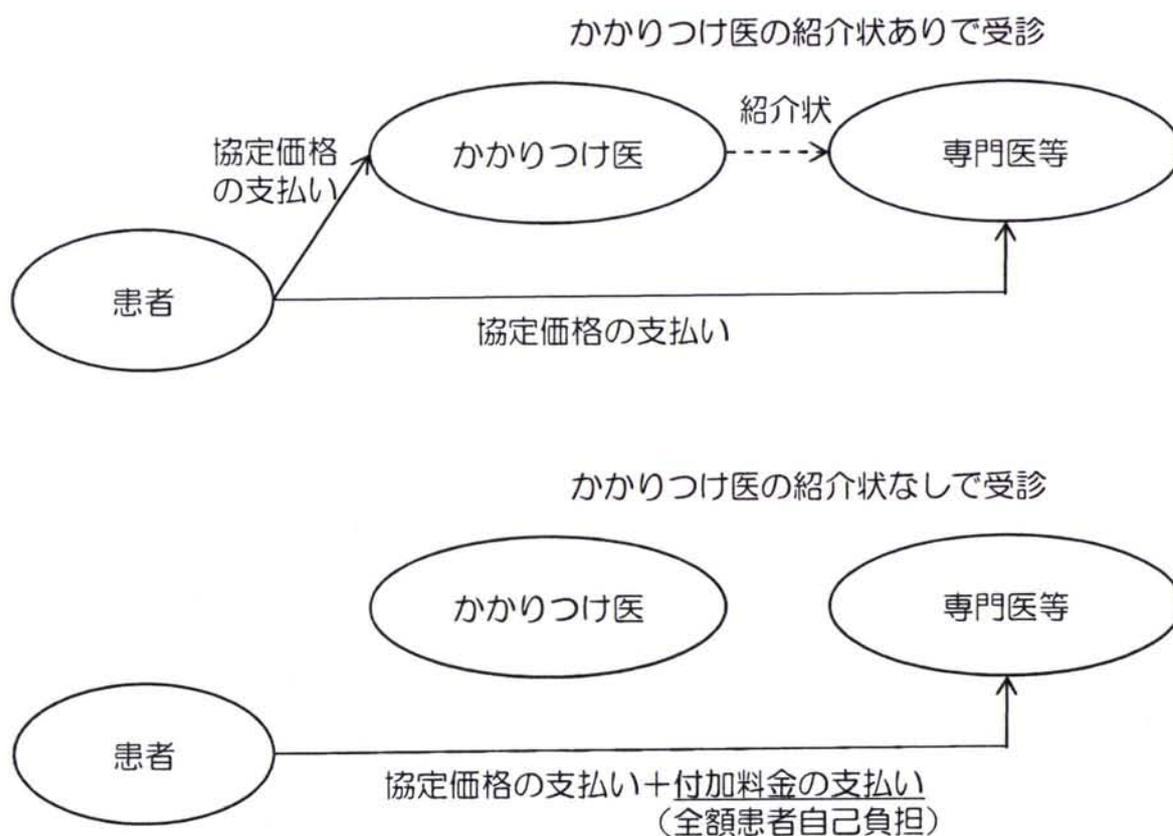
(1) 受診行動

これからの地域住民や患者の受診行動は以下の通りである。

- 地域住民一人ひとりが、あらかじめ日頃受診する医師を決めておく。最初に受診するのはその医師である。
- 他の専門医にかかったり、病院に入院する場合には、あらかじめ決めてある医師の紹介により受診する。
- 他の専門医の受診や病院への入院が終了した後は、引き続き、あらかじめ決めてある医師を受診する。
- 紹介によらずにいきなり専門医や病院にかかる場合には、別途負担がかかる。

(参考) フランスのかかりつけ医制度

16歳以上の患者はすべて自分の「かかりつけ医」を選択することになる。「かかりつけ医」は一般医でも専門医でも良い。「かかりつけ医」の紹介なしに他の医師にかかることもできる。ただし、その場合には、患者は自己負担が大きくなる。



(2) 必要となる法改正など

医療提供体制の中で総合医の位置づけを確立するためには、適宜、法改正等も必要になる。総合医の位置づけを法律等に明文化したり、医師の標榜科として「総合医」を追加するなど、必要な法改正等の検討が必要となる。（例えば、以下のような項目）

□総合医の位置づけを法律等に明文化する。

【例】医師の標榜科目名に「総合医」を追加する。

→医療法施行令第3条の2に文言を追加

□ファーストコンタクトの医師を原則として診療所の総合医とする。

→健康保険法に条文を追加

□ファーストコンタクトの医師以外の医療機関を受診するためにはファーストコンタクトの医師の紹介状を必要とする。

→健康保険法に条文を追加

□ファーストコンタクトの医師を受診する場合と、それ以外の医療機関に直接受診する場合で、患者自己負担の割合を変えることにより、ファーストコンタクトの医師を受診する方が患者から見ると有利になるようにする。

→健康保険法第74条を改正

また、報酬のあり方についても検討する必要がある。例えば、診療報酬の体系を、欧米主要国で一般的なように診療所と病院の2つに分けて、特に診療所の報酬体系の中で、総合医の役割や機能が適正に評価されるような報酬設定を構築することが考えられる。医師の少ない地域においては、割増しの報酬を設定するなどの地域格差是正の方策も考えられる。

(3) 総合医数

総合医の必要数については、諸外国のG P (General Practitioner) の数が参考となる。諸外国の人口千人当たりG P数は以下の通りである。なおわが国について、本研究会で、いくつかの仮定を置いて推計したところ、概ね人口千人当たり0.6~1.0人となった（仮定の置き方によって幅がある→報告書69~70ページ参照）。

(参考) 諸外国の人口千人当たりG P数 (2002年)

スウェーデン	0.5人
オランダ	0.5人
イギリス	0.6人
デンマーク	0.7人
ドイツ	1.1人
フランス	1.6人

高い専門性を持つ総合医の必要数を確保するためには、新たな総合医育成システムの確立と併せて、総合医を志望する学生を増やすための工夫（例えば、総合医のキャリアパスを確保する、医師の育成数にニーズに応じた人数枠を設定する、等）を行ったり、臨床経験のある医師を積極的に総合医に認定していくことも求められる。

（４）診療所・病院別、地域別にみた総合医の活動のあり方

①診療所における総合医

総合医の活躍場所として最も多いのが、地域医療を行う診療所である。ここでの総合医は1次医療を担うだけでなく、地域社会の人たちと日ごろから接点を持ち、地域住民が健康で長生きするための幅広い活動に関わることが求められる。

総合医が地域に定着し、長い期間に渡って活動を続けていくためには、地域住民の側が総合医を地域の大切な資源として暖かく接し、地域全体で総合医を育てていくことも求められる。そのためには、住民が自分の総合医を決めてその医師を通して専門医療を受けるようにすることも重要である。また、患者ひとりひとりの問題として、必要以上の受診は控える、不必要な休日・夜間の受診は控えるなどのほか、地域全体で（医療機関が連携して）時間外・夜間対応の体制を構築するなどして、総合医一人の負荷を軽減するといった取り組みを進めることも重要である。

なお、総合医はどのような地域にも必要であるが、総合医の果たす役割は、地域の状況によって影響を受ける。以下に、地域類型別に、診療所総合医の役割を整理する。

<都市部>

都市部においては、民間の診療所が多く、専門医療を行う病院も複数ある。そのような状況下では、診療所間あるいは病院間で協力・連携し、地域住民に対する疾病予防、切れ目のない医療サービス（患者紹介・逆紹介、開放病床、地域連携クリティカルパスなど）を行うことが求められる。また、地域全体の医療資源について、住民に情報提供していく役割も期待される。診療所が多いため、求められる役割や活動を一人の総合医が全て担うというよりは、複数の総合医が一人ひとりの持ち味を生かしながらグループ診療の形で住民にサービス提供することも考えられる。また、在宅と専門病院を結ぶ（つなぐ）役割も大きく、専門病院から退院する患者を（在宅に戻すまでの）一定期間入院させる有床診療所の意義も大きい。

<地方都市部>

都市部に比べると民間の診療所が少なく、専門医療を行う病院も少ない。そのような状況下では、より深く地域住民の生活に密着した活動（健康教育などの地域活動や診療所・病院間の患者情報の共有化など）が求められる。また地域医療を担う病院（国保直診施設など）が存在するケースも多く、そうした医療機関の総合医や専門医との協力・連携も重要となる。

<農村部>

人口密度が低く経営基盤がぜい弱になりやすく、地方都市部に比べてさらに民間の診療所が少なく、病院そのものが近隣にないケースが多い。そのような状況下では、地域住民が一人の診療所総合医に依存する程度が高く、求められる役割や活動全てを発揮する必要がある。地元の行政や地区医師会などが連携して、一人ひとりの総合医の負荷を軽減する仕組みや地域全体の総合医をバックアップする病院との連携を構築する必要がある。

<過疎地・離島など>

こうした地域では、地域全体で総合医が一人しかいないといった状況が想定される。（農村部に比べてさらに経営基盤が脆弱であり、医師が存在しない状況もある。）そのような状況下では、一人の総合医が求められる役割や活動全てを担う必要があり、地域内のあらゆる患者に対応して、極力地域内で完結した医療を行っていく必要がある。従って、救急医療など本来病院が担うべき役割をもある程度担わなければならない。そうした総合医を支えるためのバックアップ体制（遠く離れた専門病院とIT技術を活用して連携する、総合医が休暇を取る時の代理医師を派遣する、総合医が引退する場合の後継者を確保する、等）について、国・自治体が責任を持って構築する必要がある。

②地域医療を行う病院における総合医

地域医療を行う病院における総合医は、総合医として地域住民に対して、求められる役割や活動の一部を果たすだけでなく、地域の診療所総合医と協力・連携して地域医療連携の仕組み（地域連携クリティカルパスの構築など）を作ったり、診療所総合医と病院の間の患者紹介・逆紹介を円滑に進めるなどの役割を果たしていくことが求められる。

③専門医療を行う病院における総合医

専門医療を行う病院においては、地域を超えて、高度かつ専門性の高い疾患に対応することが求められる。そうした病院における総合医は、紹介状を持たないで受診する患者や診断が付いていない患者への対応を担い、患者が適切な専門医療を受けられるようにガイドしていく役割を果たす。また、既に専門医にかかっている患者が持っている併存疾患を診断したり治療する役割や、病院で提供される専門医療と在宅での生活を結びつける役割（専門医療の周辺の裾野で必要となる医療提供や生活再建・QOL向上に関わる活動まで含めて）などが求められる。大学病院やナショナルセンター等における総合診療科の取り組みも普及・浸透していくことが望まれる。

（5）国民に対する総合医の役割や効果の周知

国民にとっては、総合医の具体的な姿はイメージしにくいのが実情である。ある程度の期間に渡って、総合医の活動を国民に広く周知して、その役割・効果に関する理解を深める取り組みを行う必要がある。（例えば、国がモデルとなるべき医師に焦点を当てて、その具体的な活動や姿を広報していく取り組みも考えられる。）

（6）国民が総合医を選ぶための情報提供の仕組みの構築

国民が、総合医の具体的な姿や役割・効果を理解するだけでなく、身近なところに存在する総合医を選ぶことができるようにしていく必要もある。国民が身近な総合医を選ぶことができるよう、必要な情報を提供していくことも求められる。

(参考) 医療制度のあり方に関する総合医の声

求められる医療制度改革について、平成19年度アンケート調査の自由回答を見ると、以下のような指摘が多い。

- 医療提供体制についての改革（指摘率34.0%）
- 診療報酬についての改革（指摘率25.6%）
- 医学教育・医師育成についての改革（指摘率20.5%）

●医療提供体制についての改革に関する代表的な自由回答は以下の通り。

- ✓「医療供給システムを根幹的に見直す必要がある。特に外来診療と入院医療を明確に区別するシステムが必要。日常診療の自由アクセスについては、国民の理解を求めながら、日常病や一般的な健診等は総合医（プライマリ・ケアを担う専門的な医師）が担当し、グループ診療を制度化すべきであろう」
- ✓「地方で開業医を30年近くやっていますが、最近の社会構造の変化に医療制度が追いついていないと感じます。
（例）農家は専門が少なく、殆ど第二次兼業農家で夫婦共働きの家庭が多く、そこに取り残された老人が留守番をするというのが典型的です。留守番の老人が倒れたら、在宅医療は不可能で、どうしても入院又は施設介護となります。従って、療養病床の減少は、大量の介護難民を生むことになりました」
- ✓「地域の医療が円滑に行われることが前提で、それを支える一般病院の勤務医の労働条件の緩和が必要である。それらを勘案し、医師の必要数を考えることが必要である」

●診療報酬についての改革に関する代表的な自由回答は以下の通り。

- ✓「病院、診療所など役割分担を明確に。病院での入院診療費を手厚く、また包括化が必要と思う」
- ✓「終末期のあり方についても、出来高でなく、包括化が必要ではないか」
- ✓「必要などころには診療報酬を適切に配分していただきたい」

●医学教育・医師育成についての改革に関する代表的な自由回答は以下の通り。

- ✓「プライマリ・ケアに関しては、教育でいう義務教育にあたるものとして、医師に対しきちんと身分保障・研修保障をした上で、有期限派遣の形で、へき地においても維持すべきだと考える。後期研修医を送り込んで数合わせをしてはいけない」
- ✓「医師数が絶対的に不足している。小手先の地域派遣では、長期的に地域医療を維持できない。医療過疎が進むことで、かえって医療費が上昇することを危惧する」
- ✓「わが国では専門医だった医師が開業で一般医になるが、その研修は個人に任されている。現実には失敗を重ねながら一般医に成長するが、たとえば褥瘡や創傷処置の変化を全く知らず、消毒とガーゼ処置をしている一般医がまだ多数存在する。どのような技術や知識を一般医が習得すべきかをプログラム化することが必要」

行政や社会に対する要望について、平成19年度アンケート調査の自由回答を見ると、以下のような指摘が多い。

- 必要な予算は付けてほしい（指摘率18.6%）
- 医療のグランドデザインを構築してほしい（指摘率13.5%）
- かかりつけ医の活動状況を知ってほしい（指摘率11.5%）
- かかりつけ医の活動・実態を政策に反映してほしい（指摘率9.6%）
- 地域全体でより良い医療を作っていくべき（指摘率9.6%）
- 患者側・住民側にも医療のあり方を考えてほしい（指摘率9.0%）

- 「必要な予算は付けてほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。
 - ✓「現在、行政が医療に関して無策すぎる。医療は金がかかるので、応分の公金の投入が必要」
 - ✓「診療報酬体系以外の医療行為に報いる方法を検討して下さい」
 - ✓「医療費の抑制だけでなく、まともな医療を行うための人の配置設備をふまえた、病院・開業医・地域医療のコストを積算してみてください。医師の労働時は過重労働そのものです。三交代の医師勤務の体制での病院コスト、更には社会的にみた専門医の配置をした場合のコストをいま一度、考えてみてください」
- 「医療のグランドデザインを構築してほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。
 - ✓「医師の増員（どの科のDr.が、どの地域で、どの位必要なのかのグランドデザインの作成）」
 - ✓「医師が過労でたおれない程度に医師の定員を増やす。つまり医学部の定員を増やす」
 - ✓「卒業後10年以内の医師に対してこの間の2年間を救急医療、へき地医療にそれぞれ1年間勤務する制度を早く実現してほしい」
- 「かかりつけ医の活動状況を知ってほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。
 - ✓「医療活動の基本は、患者さんとのコミュニケーションにある。心温かい『人間の医学』が基本にならないといけない。研修医実習での病院研修は、往診もしない病院では本当のプライマリ・ケアは体験できない。開業医の実の姿を見せ、体験させるチャンスが殆ど考慮されていない」
 - ✓「どうか医師の仕事に理解をもってほしいです。不必要なバッシングは、ただでさえ疲れ切っている医師を追い込むことになってしまいます。私自身、現在2人体制のところを、殆ど1人でやっているのに、疲れ果てていて、あまり前向きな意見が書けません」
- 「かかりつけ医の活動・実態を政策に反映してほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。
 - ✓「現場の声を誠実に聞いて、施策をたてて欲しい。現在は机上の空論が多すぎる」
 - ✓「現場の意見を聞いてほしい。方向性が全てみえない（財源不足、支出抑制を医療で行う方針は分からない。医療を良くしたいのか・・・？疑問大！！）」

(参考) 医師の報酬のあり方について

わが国における医師の報酬のあり方については、診療所と病院の報酬の体系が、それぞれの役割・機能に応じて明確に分かれていないことが大きな問題である。

欧米主要国では、医療のコストを租税で賄うか、保険料の形で賄うかを問わず、診療所と病院の報酬体系が明確に分かれていることが多く、日本でもそのような形にする必要があるのではないかと考えられる。

図表：欧米主要国における診療所と病院の報酬の体系

医療のコストを租税で賄う	イギリス	<ul style="list-style-type: none"> ●GPの報酬体系（2004年以降）は次の三つからなる。 <ul style="list-style-type: none"> ✓包括報酬（global sum） 登録住民の年齢別性別医療ニードに応じた登録報酬。地域や登録患者の特殊事情も加味される。診療所の維持費、各種検診、簡単な外科的処置、時間外診療なども含めた額が支払われるが、時間外診療等を引き受けない選択も可能で、その場合はその分報酬が差し引かれる。 ✓追加サービス（選択制）（enhanced services） 診療所が選んで特別なサービスを提供すると報酬が追加される。 ✓Quality and Outcome Framework 10の疾病グループ毎に標準的な目標を設定。目標を達成すれば成果報酬が支払われる。また、診療所の運営や質の高いサービスに対しても成果が評価される。 ●PCTとNHS病院の間では、ブロックグラントがなお主流であるが、Payment by Resultが部分的に導入されている（2008年度に完全実施）。
	デンマーク	<ul style="list-style-type: none"> ●GPの医療報酬は、登録される住民数に基づく登録報酬料金（ベーシックフィー）と診療ごとの料金（サービスフィー）を組み合わせた支払い方式をとっている。その単価や労働条件は、県連合会と医師会（家庭医師会）の一元的な交渉による協約に基づく。 ●病院は原則として県立であり、券が運営している。病院の予算は基本的には県が決めることとなる。
医療のコストを保険料の形で賄う	フランス	<ul style="list-style-type: none"> ●診療所・開業医については、出来高払い制度を用い、ただし毎年、医療費の枠が国会で決められ、その枠を超えると翌年度の診療報酬が減額される。 ●病院は、公的病院では総枠予算制度、私的病院の場合は患者一人一日あたりの定額払いと、全国協約方式によるドクターフィー（医師の技術料）で構成される。
	ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> ●開業医の診療報酬（外来）については、州レベルで保険医協会と疾病金庫団体間で契約する。 ●病院の診療報酬については、個々の病院がその州内の疾病金庫団体ごとに、診療報酬契約を結ぶ。診療報酬支払いには緩やかな予算制が設定されている。

前述の平成19年度のアンケート調査でも、医師の報酬のあり方について、多数の自由回答を頂いた。（次ページの通りである。）

医師の報酬についての自由回答を見ると、以下のような指摘が多い。

- 診療報酬を上げてほしい（指摘率19.2%）
- 技術料を適正化してほしい（指摘率17.9%）
- 往診・在宅医療の報酬を高くしてほしい（指摘率16.0%）
- 患者の自己負担の軽減措置を導入してほしい（指摘率13.5%）

●「診療報酬を上げてほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。

- ✓「診療所（特に有床）の診療報酬は、20年前に比べて、約60%に低下している。よって、眼科や整形外科をのぞく、一般の内科・外科の有床診療所は、ほとんどが無床化した。この是非を言うわけではないが、本来の『かかりつけ医』『いつでもみてくれる医者』であった町の開業医が、かわってしまった（かわらざるを得なかった）原因が、診療報酬の低下である。日本は、まだまだ国民医療費が低い。（G7中、最下位。）『かかりつけ医の診療報酬を上げることが『患者の期待するかかりつけ医』をつくり出す」
- ✓「医療費抑制政策を見直し、欧米並みの診療報酬へ。その内で、不採算部門とされてきた小児医療・救急医療等への重点的配分が大切と考えます。又、勤務医の過重労働や、医師・看護師不足に対応するための病院に、厚く診療報酬を配分することも必要かと考えます」

●「技術料を適正化してほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。

- ✓「現在の出来高払い制度では、検査や薬が多く出されるため、技術の評価に對する報酬が正当に評価されない」
- ✓「医師の技術料（Doctor's fee）、医師以外の専門職と病院機能（設備その他）を維持、向上発展させるためのHospital feeについての配慮が全くない。これらの費用を適正に評価すべきである。そうでなければ良い医師、よい病院は残らない」

●「往診・在宅医療の報酬を高くしてほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。

- ✓「往診など不採算になりやすいものへの対応が無い」
- ✓「へき地での訪問診療は移動距離が長く、1件あたりの時間がかかる。車代として患者負担を求めているので、診療報酬で対応してもらえるとありがたい」

●「患者の自己負担の軽減措置を導入してほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。

- ✓「在宅療養支援診療所を届け出れば、報酬上はやや有利となるが、同時に患者負担も増えることになる。施設入所→在宅を促進するなら、患者負担の軽減も同時に考える必要がある」

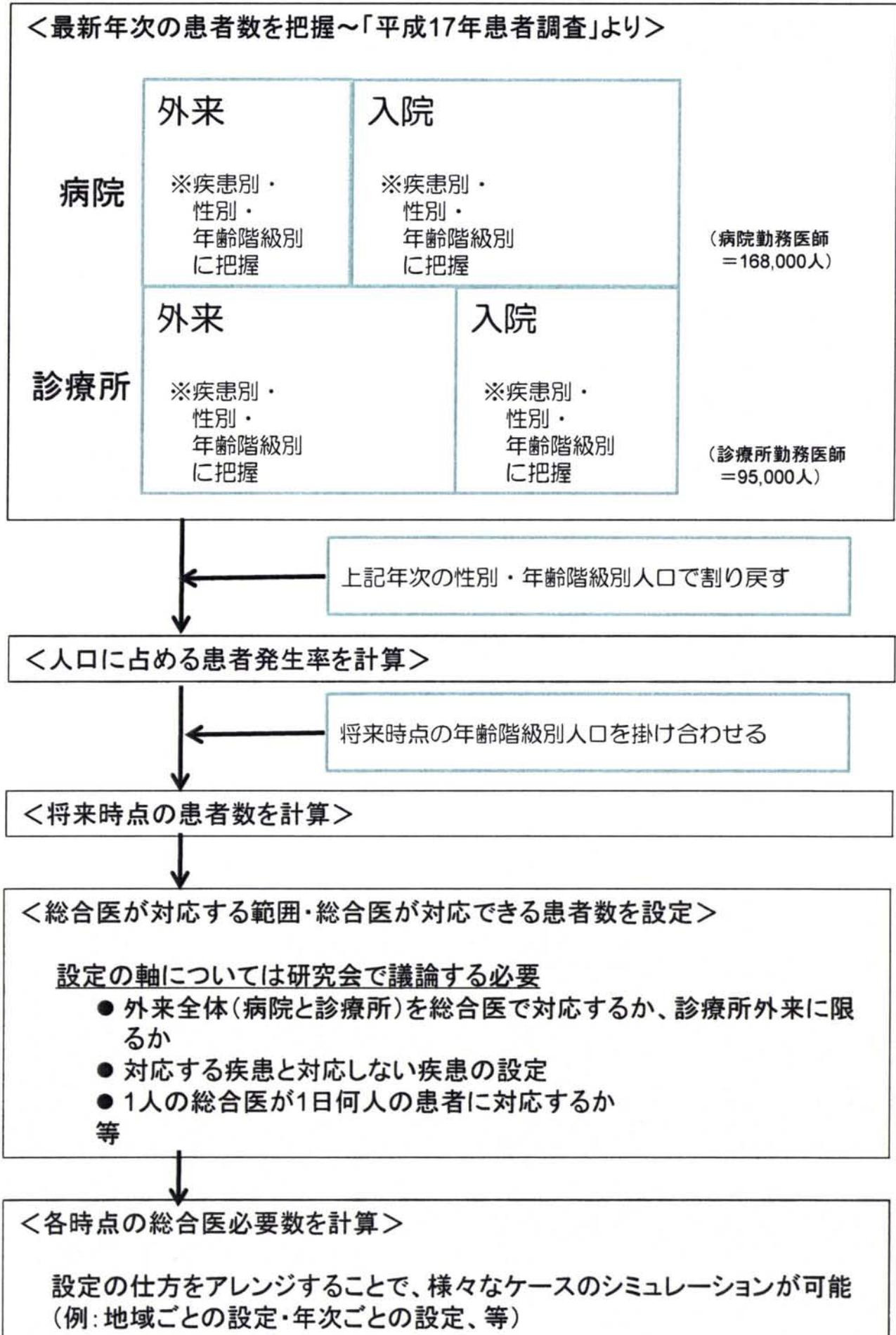
(参考) 医師の必要数推計



- これまでのわが国の医師育成においては、国民の医療ニーズの状況が考慮されず、各専門分野の育成数は、学生の自由な選択によって左右されるものであり、国民の必要数に基づいた育成がなされてこなかった。
- そこで、ここでは、総合医と専門医に分けた上で、国民の医療ニーズの状況に即して、どの程度の医師が必要になるのかを推計する。
- なお、ここで推計される医師数は、あくまでも臨床医の数である。

(参考) 総合医の必要数推計

(1) 推計の考え方

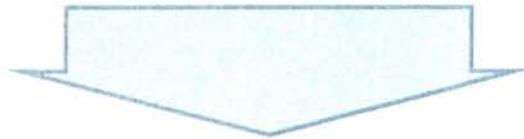


(参考) 総合医の必要数推計

(2) 推計の結果

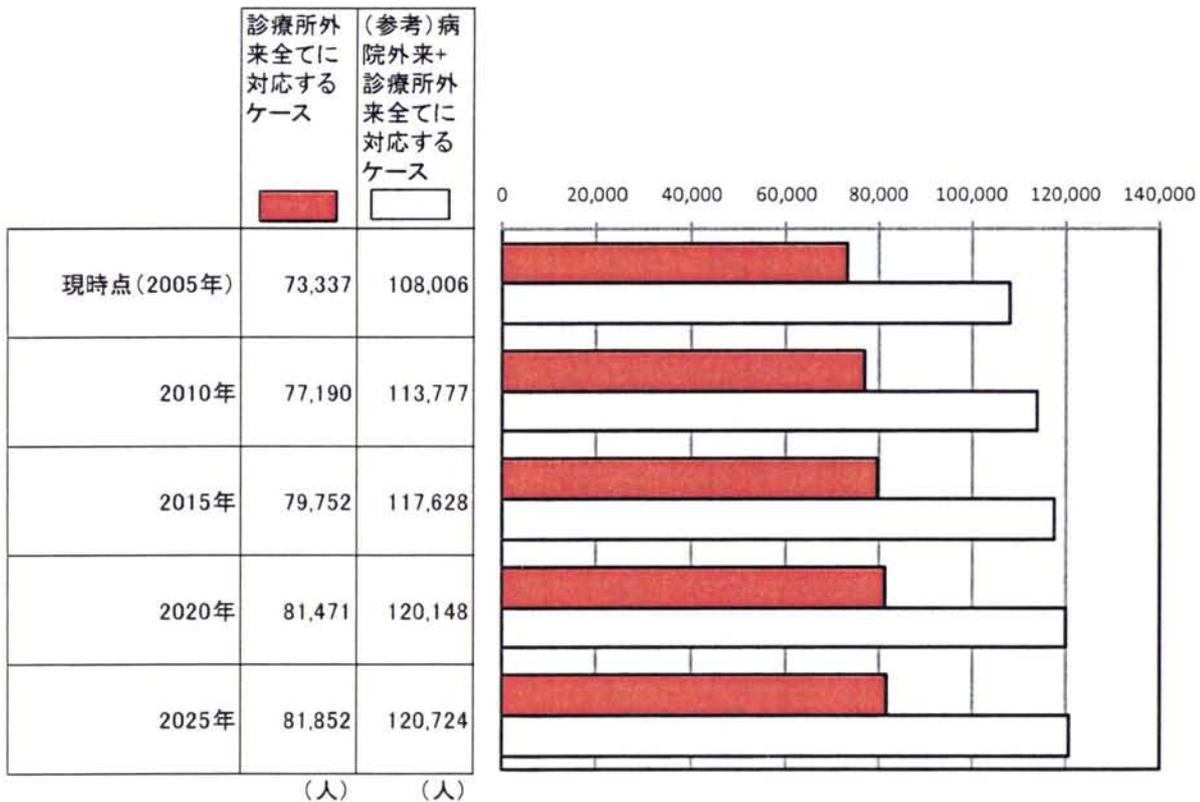
<今回の推計の仮定>

- 全国1本で推計
- 総合医が、診療所の外来全体に対応する場合と病院・診療所の外来全体に対応する場合を推計
- 1人の総合医が1日53.7人の外来患者に対応する(平成19年度本研究会のアンケート結果より)



<設定の結果>

各年度における総合医必要数(推計結果)



人口千人当たり医師数

	診療所外来全てに対応するケース	(参考)病院外来+診療所外来全てに対応するケース
現時点(2005年)	0.6	0.8
2010年	0.6	0.9
2015年	0.6	0.9
2020年	0.7	1.0
2025年	0.7	1.0

(人) (人)

(参考) 専門医の必要数推計

(1) 推計の考え方

●病院の臨床医と担当する疾病分類の対応を作る(→次ページ図の通り)

●平成14年時点における病院の臨床医の数と、担当する疾病分類の患者数との関係を算出する(→次々ページ図の通り)

<留意点1>

- 関係を算出するに当たっては、入院患者と外来患者の負担(手のかかり方)の違いを勘案する。
- 平成18年「医師の需給に関する検討会報告書」では、病院の医師の診療時間の配分について、「病院外来:病院入院=40:60」と出ている。
- その数値を基に、実際の病院外来患者数と病院入院患者数(いずれも「患者調査」のデータ)で計算すると、外来患者1人に対する時間と入院患者1人に対する時間は1:2となる。
- 上記の計算結果を踏まえ、以下の推計では、「入院患者1人の手間は外来患者1人の手間の2倍である」と設定して推計を進めるものとする。

<留意点2>

- 麻酔科医は手術の件数に比例して推計する。なお平成14年の実数値と平成17年の実数値に乖離があるため、平成17年値を足元データとする。

<留意点3>

- 産科医・産婦人科医の将来推計については、将来人口推計の出生数(中位推計)に比例して推計する。

※女医の比率については、現行と同様で推移するものと仮定。

※医師の稼働率については、変わらないものと仮定。

●2005年～2025年における患者数を推計(総合医の推計で算出)し、上記の比率を掛け合わせて、各科目の病院臨床医の必要数を算出する

病院の臨床医の診療科目(主なもの)と疾病分類の対応

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XX	XXI	XXII	XXIII
	感染症及び寄生虫症	新生物	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	内分泌・栄養及び代謝疾患	精神及び行動の障害	神経系の疾患	眼及び付属器の疾患	耳及び乳様突起の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	消化器系の疾患	皮膚及び皮下組織の疾患	筋骨格系及び結合組織の疾患	尿路性器系の疾患	妊娠・分娩及び産じょく	周産期に発生した病態	先天奇形・変形及び染色体異常	症状・徴候及び異常臨床所見〇異常検査所見 で他に分類されないもの	損傷・中毒及びその他の外因の影響	健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	疾患(再掲)	尿路性器系の疾患のうち乳房及び女性性器の疾患	
内科	●	●	●	●	●	●			●	●	●												
心療内科					●																		
呼吸器科										●													
消化器科(胃腸科)											●												
循環器科									●														
アレルギー科										●													
リウマチ科												●											
小児科	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下			14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下
精神科					●																		
神経科						●																	
神経内科						●																	
外科																							
整形外科																							
形成外科																							
美容外科																							
脳神経外科										●													
呼吸器外科											●												
心血管外科												●											
小児外科																							14歳以下
産婦人科	出生数に対応(将来推計においては、人口推計高位推計値に対応)																						
産科	出生数に対応(将来推計においては、人口推計高位推計値に対応)																						
婦人科																							●
眼科							●																
耳鼻いんこう科								●			●												
気管食道科										●	●												
皮膚科												●											
泌尿器科														●									
性病科																							
こころ門科											●												
リハビリテーション科(理学診療科)																							●
放射線科	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
麻酔科	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術
全科	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
その他	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
主な診療科名不詳	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
不詳	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

図表：平成14年度「医師・歯科医師・薬剤師調査」「患者調査」から算出した病院の外来・入院患者数に対する病院臨床医の関係

	対象疾病の患者数 に対する係数(入院 患者数:外来患者数 =2:1として重み付 け)
内科	0.009304322
心療内科	0.000327545
呼吸器科	0.008314343
消化器科(胃腸科)	0.018877831
循環器科	0.006492170
アレルギー科	0.000247143
リウマチ科	0.000925074
小児科	0.034362319
精神科	0.011778479
神経科	0.001052174
神経内科	0.010747826
外科	0.047417487
整形外科	0.031496815
形成外科	0.003193399
美容外科	0.000023162
脳神経外科	0.005511992
呼吸器外科	0.002845174
心臓血管外科	0.002317380
小児外科	0.025103093
産婦人科	0.004566388
産科	0.000197597
婦人科	0.012649351
眼科	0.038584392
耳鼻いんこう科	0.010006118
気管食道科	0.000025432
皮膚科	0.033851091
泌尿器科	0.021443299
性病科	0.000015464
こう門科	0.000494166
リハビリテーション科(理学診療科)	0.001718641
放射線科	0.000799329
麻酔科	0.014364719
全科	0.000161438
その他	0.000718822
主な診療科名不詳	0.000094526
不詳	0.000075196

←出生数に対する比率
←出生数に対する比率

←病院からの推計退院患者数(手術あり)に対する比率(医師数は平成16年の値、推計患者数は平成17年の値)



各専門科の 病院臨床医数 (A)	各専門科に対 応する入院患 者数 (B)	各専門科に対 応する外来患 者数 (C)	係数 (A) $\frac{(A)}{(B) \times 2 + (C)}$
------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---

(参考) 専門医の必要数推計
(2) 推計の結果

	医師の稼働率が、2006年と変わらないケース					
	病院臨床医の実績値 (2006年)	病院臨床医の必要数 (2005年推計値)	病院臨床医の必要数 (2010年推計値)	病院臨床医の必要数 (2015年推計値)	病院臨床医の必要数 (2020年推計値)	病院臨床医の必要数 (2025年推計値)
内科	28,467	30,825	33,940	36,751	39,154	40,948
心療内科	261	248	262	272	279	284
呼吸器科	3,055	2,440	2,656	2,865	3,066	3,241
消化器科(胃腸科)	6,336	5,146	5,568	5,921	6,203	6,377
循環器科	6,657	5,785	6,747	7,700	8,574	9,297
アレルギー科	94	91	99	105	112	118
リウマチ科	482	320	352	380	403	418
小児科	7,220	5,515	5,076	4,525	4,061	3,730
精神科	9,317	8,922	9,404	9,777	10,050	10,221
神経科	196	269	297	322	343	359
神経内科	2,660	2,748	3,031	3,286	3,500	3,664
外科	15,299	16,392	18,012	19,548	20,938	22,068
整形外科	10,772	10,888	11,964	12,984	13,908	14,658
形成外科	1,269	1,104	1,213	1,316	1,410	1,486
美容外科	11	8	9	10	10	11
脳神経外科	4,975	4,911	5,729	6,538	7,280	7,893
呼吸器外科	1,076	835	909	980	1,049	1,109
心臓血管外科	2,244	2,065	2,409	2,749	3,061	3,319
小児外科	532	382	359	324	288	260
産婦人科	4,764	4,826	4,270	3,818	3,530	3,338
産科	274	209	185	165	153	144
婦人科	647	412	406	394	378	362
眼科	3,967	3,777	4,123	4,394	4,595	4,707
耳鼻いんこう科	3,077	3,192	3,462	3,719	3,963	4,172
気管食道科	11	14	16	17	18	19
皮膚科	2,563	2,556	2,681	2,782	2,859	2,901
泌尿器科	4,163	4,321	4,705	5,029	5,284	5,460
性病科	4	3	3	4	4	4
こゝろ科	151	135	146	155	162	167
リハビリテーション科(理学診療科)	1,637	1,189	1,307	1,414	1,508	1,576
放射線科	3,972	3,708	4,058	4,370	4,637	4,834
麻酔科	5,018	5,065	5,352	5,553	5,692	5,736
全科	163	749	820	883	937	976
その他	3,437	3,334	3,649	3,930	4,170	4,347
主な診療科名不詳	274	438	480	517	548	572
不詳	153	349	382	411	436	455
合計	135,198	133,172	144,080	153,908	162,563	169,232

(注)ただし、実績値の「その他」には「研修医」が含まれない。

〇〇〇 2006年実績値よりも大きい数値

人口10万人に対する医師数

	2005年（現時点） 推計値	2010年推計値	2015年推計値	2020年推計値	2025年推計値
総合医（診療所外来全てに対応するケース）	58	61	64	66	69
専門医（病院臨床医）	105	113	123	132	142
内科	24	27	29	32	34
心療内科	0	0	0	0	0
呼吸器科	2	2	2	2	3
消化器科（胃腸科）	4	4	5	5	5
循環器科	5	5	6	7	8
アレルギー科	0	0	0	0	0
リウマチ科	0	0	0	0	0
小児科	4	4	4	3	3
精神科	7	7	8	8	9
神経科	0	0	0	0	0
神経内科	2	2	3	3	3
外科	13	14	16	17	19
整形外科	9	9	10	11	12
形成外科	1	1	1	1	1
美容外科	0	0	0	0	0
脳神経外科	4	5	5	6	7
呼吸器外科	1	1	1	1	1
心臓血管外科	2	2	2	2	3
小児外科	0	0	0	0	0
産婦人科	4	3	3	3	3
産科	0	0	0	0	0
婦人科	0	0	0	0	0
眼科	3	3	4	4	4
耳鼻いんこう科	3	3	3	3	3
気管食道科	0	0	0	0	0
皮膚科	2	2	2	2	2
泌尿器科	3	4	4	4	5
性病科	0	0	0	0	0
こころ門科	0	0	0	0	0
リハビリテーション科（理学診療科）	1	1	1	1	1
放射線科	3	3	3	4	4
麻酔科	4	4	4	5	5
全科	1	1	1	1	1
その他	3	3	3	3	4
主な診療科名不詳	0	0	0	0	0
不詳	0	0	0	0	0

（参考）総合医と専門医の推計結果のまとめ

（参考）人口	127,285,653	127,176,450	125,430,213	122,735,003	119,269,827
--------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

（人）

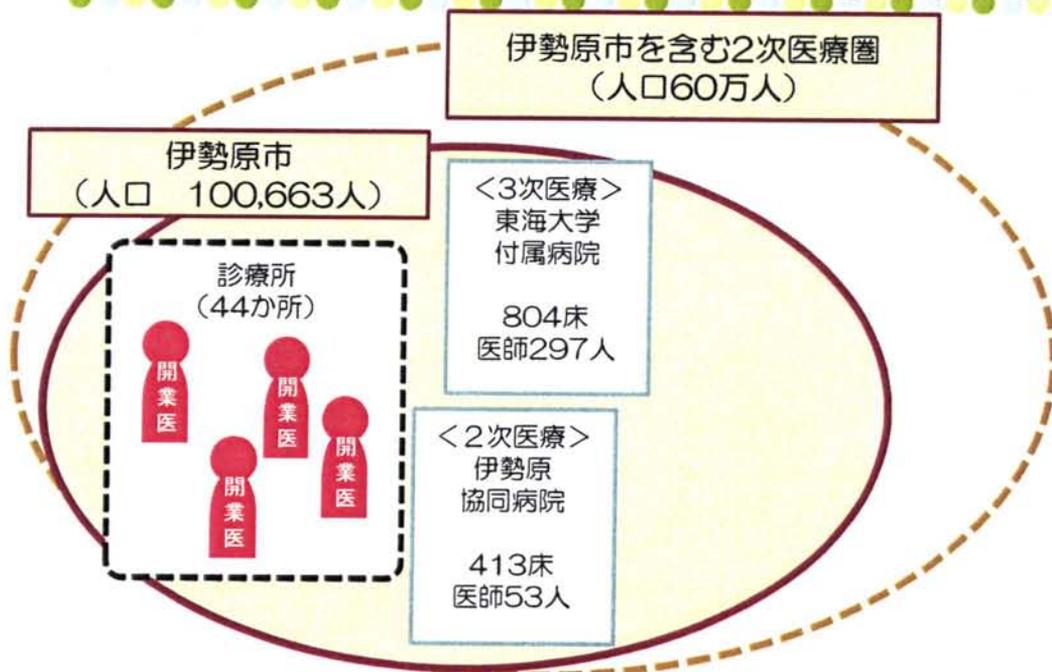
(参考) 医師の標榜科の変遷

	標榜診療科の変遷
昭和23年 (医療法制定時)	内科、精神科、小児科、外科、整形外科、皮膚泌尿器科（又は皮膚科、泌尿器科）、産婦人科（又は産科、婦人科）、眼科、耳鼻いんこう科、理学診療科（又は放射線科）、歯科
昭和25年 (法改正)	神経科、呼吸器科、消化器科（又は胃腸科）、循環器科、性病科、こう門科
昭和27年 (法改正)	気管食道科
昭和40年 (法改正)	脳神経外科、放射線科の独立
昭和50年 (法改正)	神経内科、形成外科
昭和53年 (法改正)	美容外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、矯正歯科、小児歯科
平成4年	医療法改正により、診療科名（標榜診療科名）については、政令（医療法施行令）で定めることとされる
平成8年追加 (政令（医療法施行令）改正)	アレルギー科、心療内科、リウマチ科、リハビリテーション科（「理学療法科」の廃止）、歯科口腔外科
・麻酔科は昭和35年特殊標榜科目（許可制の標榜科）として認可された。	

(資料) 厚生労働省資料。

(参考) 地域別に見た総合医の位置づけ

(1) 都市部・・・神奈川県・伊勢原市の例



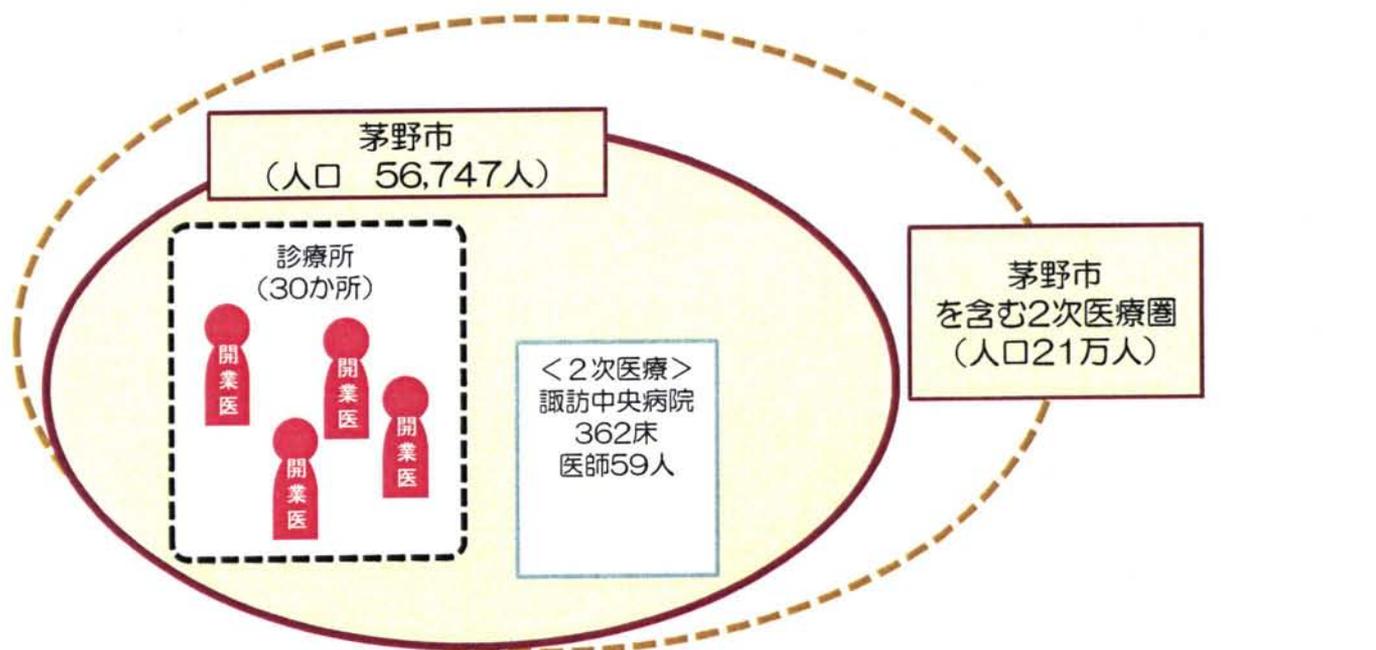
平成15～17年度に実施された「かかりつけ医モデル事業」における取り組み

柱1：予防と医療の連携 「予防を目的とした健診後指導システムの構築」	重点項目 「かかりつけ医機能を生かした個別健康指導事業」 ●基本健康診査の結果から、生活習慣改善のための個別指導が必要だと（かかりつけ医が）判断した住民に対して、市がヘルスアップ支援を行った。
	その他項目 「健康指導チームの活用事業」「中高年健康づくり運動指導事業」など
柱2：診療所と病院の機能連携 「地域における診療所・病院の連携体制の構築」	重点項目 「患者紹介・逆紹介システム構築支援」 ●伊勢原協働病院を中核として医療機関連携システムを構築し、かかりつけ医から伊勢原協働病院への外来・検査予約等がオンライン上で行われるようにした。
	その他項目 「開放病床等の運営強化」「生活習慣病を中心としたクリティカルパス研究」「医師及び医療技術者の研修会の開催」など
柱3：地域住民への情報提供 「かかりつけ医を推進するための情報提供」	重点項目 「医療機関マップの作成」 ●市内の医療機関の情報を個別に掲載した「安心!医療施設ガイド」を発行し、全戸配布した。
	その他 「健康カレンダーの作成」など
その他 「安心して安全な在宅生活の支援システムの構築」	「安定・継続した在宅療養生活の支援事業」 ●医療処置や介護等に不安がある場合（レスパイトを含む）や、病院からの退院に際して在宅での療養に不安がある場合に、市内の有床診療所で一時的に預かった。

(ご参考) 伊勢原市を含む2次医療圏(人口60万人)の病院

	病院名	救急指定	病床数	医師数
伊勢原市内	東海大学医学部付属病院	3次	804	297
	伊勢原協同病院	2次	413	53
	伊勢原日向病院		168	7
伊勢原市外の 湘南西部保健医療 福祉圏内	平塚市民病院	2次	506	90
	平塚共済病院	2次	441	95
	国立病院機構神奈川病院	2次	370	41
	東海大学医学部付属大磯病院	2次	358	80
	秦野赤十字病院	2次	320	48
	済生会平塚病院	2次	114	12
	八木病院	2次	94	30
	平塚十全病院		225	14
	高根台病院		236	8
	鶴巻温泉病院		591	20
	富士見台病院		350	7
	研水会平塚病院		298	8
	みくるへ病院		280	5
	くす葉台病院		41	3
	秦野病院		151	9
	丹沢病院		394	16
	くらた病院		41	9
	ふれあい平塚ホスピタル		94	12
	秦野厚生病院		221	12

(参考) 地域別に見た総合医の位置づけ (2) 地方都市部・・・長野県・茅野市の例



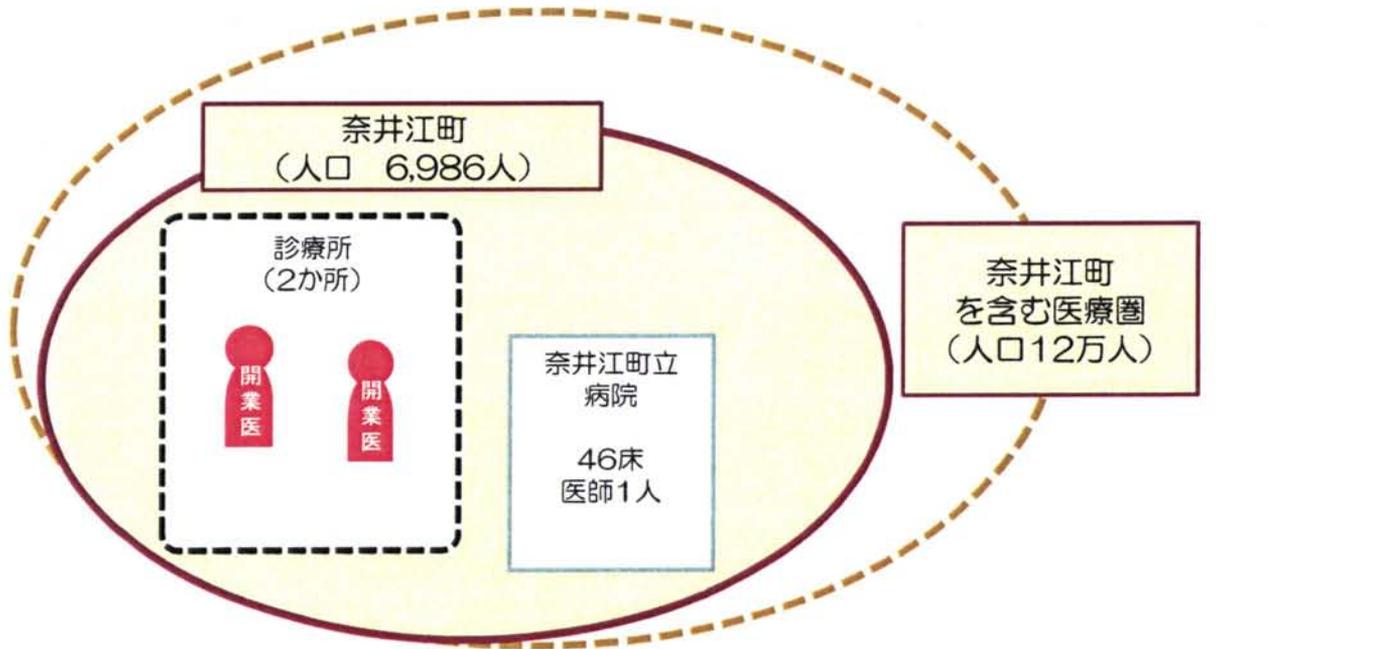
平成15～17年度に実施された「かかりつけ医モデル事業」における取り組み

柱1：予防と医療の連携 「健診情報の共有」	重点項目 「運動処方箋の普及」 ●寝たきり予防対策として、医師が運動処方箋を作成、運動教室への参加につなげた。 「緑内障の健康診断」 ●診療所と諏訪中央病院の眼科専門医が協力して市民に啓発活動、診療所・病院での緑内障検診につなげた。
	その他項目 「地域の健康運動（熟年体育大学）」など
柱2：診療所と病院の機能連携 「地域における診療所・病院の連携体制の構築」	重点項目 「診療所と病院との患者情報の共有化」 ●簡易な情報システム（ドクターデスクライト）を活用して、市内の診療所と諏訪中央病院とで患者情報を共有化した。 「地域クリティカルパスの作成」 ●糖尿病、肩関節症、腰痛等において、診療所→諏訪中央病院→診療所の地域連携クリティカルパスを作成した。
	その他項目 「家庭医（かかりつけ医）のための入院ベッドの確保」 「開業医が連携した平日夜間の1次救急事業」「安全とお産のネットワーク」など
柱3：地域住民への情報提供 「家庭医（かかりつけ医）を推進するための情報提供」	重点項目 「家庭医（かかりつけ医）推進のための市民への情報提供」 ●市内の開業医についての情報ガイドを作成、全戸配布した。
	その他 「尊厳死の意思カードの作成」など

(ご参考) 茅野市を含む2次医療圏(人口21万人)の病院

	病院名	救急指定	病床数	医師数
茅野市内	諏訪中央病院	2次	362	59
茅野市外の 諏訪保健医療 福祉圏内	市立岡谷病院	2次	292	27
	岡谷塩嶺病院	2次	270	12
	諏訪湖畔病院	2次	327	15
	諏訪赤十字病院	2次	455	90
	富士見高原病院	2次	149	24
	諏訪共立病院	2次	94	14
	諏訪城東病院		48	26
	上諏訪病院		77	11
	昭和伊南総合病院		300	23

(参考) 地域別に見た総合医の位置づけ
 (3) 農村部・・・北海道・奈井江町の例



平成15～17年度に実施された「かかりつけ医モデル事業」における取り組み

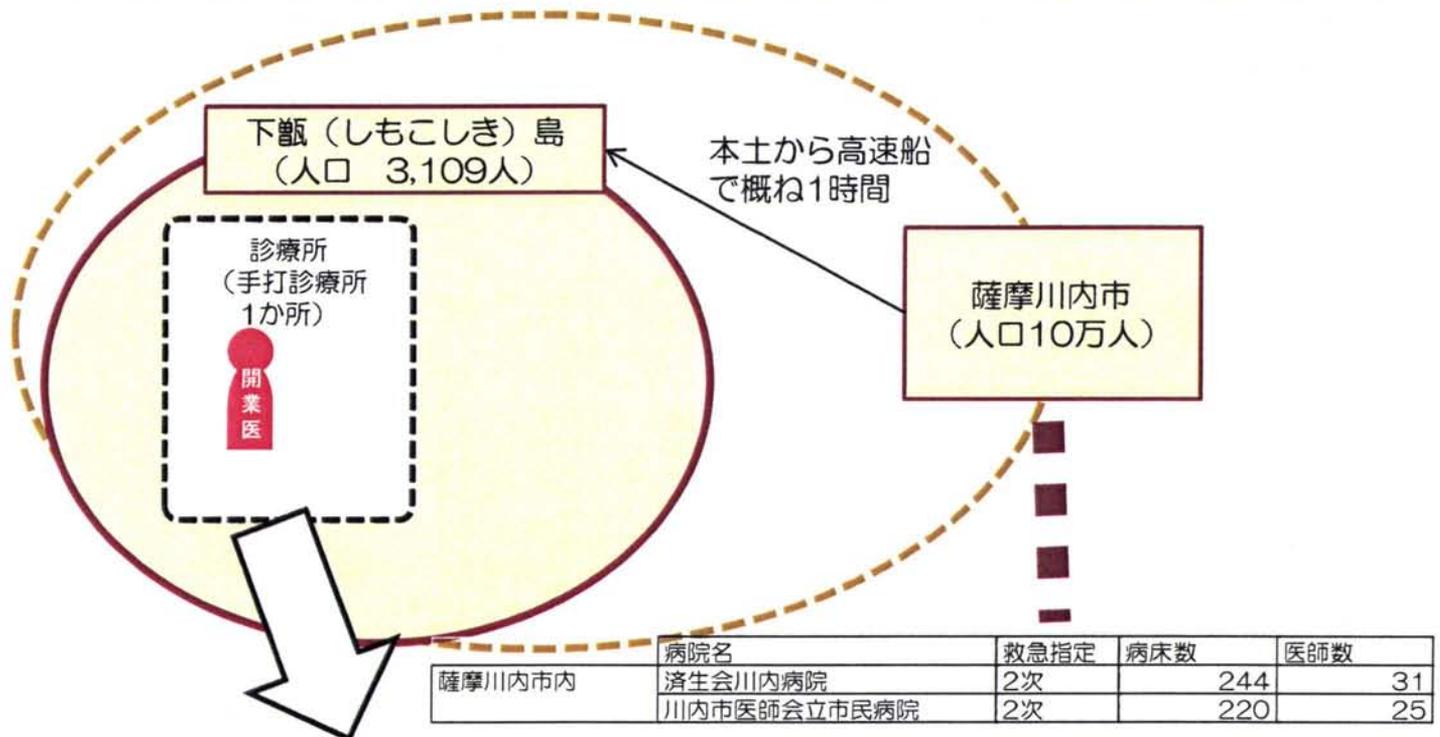
柱1：予防と医療の連携 「健診情報の共有」	重点項目 「生活習慣病、特に動脈硬化等予防対策ネットワーク事業」 <ul style="list-style-type: none"> ●住民の健診結果を（本人の同意のもとで）病院・診療所間で共有し、診療、予防活動（禁煙教室など）につなげた。 「小児期からの生活習慣病予防」 <ul style="list-style-type: none"> ●学校と医療機関が協力して、児童に健診を行い、母親向けに健康教室等を実施した。
	その他項目 「健康づくり応援団事業」など
柱2：診療所と病院の機能連携 「地域における診療所・病院の連携体制の構築」	重点項目 「病診連携推進事業」 <ul style="list-style-type: none"> ●奈井江町立病院において開放型病床を継続実施、解剖型病床活用の手引きも作成した。
	その他項目 「検査結果伝送システム（病院・診療所間）」 「歯科医師による訪問事業」など
柱3：地域住民への情報提供 「家庭医（かかりつけ医）を推進するための情報提供」	重点項目 「住民への情報提供の推進」 <ul style="list-style-type: none"> ●住民アンケートを通じて、家庭医（かかりつけ医）を普及。
	その他

(ご参考) 奈井江町を含む医療圏(人口12万人)の病院

病院名	救急指定	病床数	医師数
奈井江町立国民健康保険病院		96	1
滝川市立病院	2次	350	37
市立赤平総合病院	2次	180	11
砂川市立病院	2次	521	65
市立芦別病院	2次	189	14
滝川脳神経外科病院	2次	132	非公開
滝川中央病院		297	非公開
平岸病院		366	14
佐藤病院		非公開	非公開
芦別精療院		236	6

(参考) 地域別に見た総合医の位置づけ

(4) 過疎地・離島など・・・鹿児島県・下甌島の例



手打診療所の医療（瀬戸上健二郎所長ヒアリング結果）

- あらゆる患者が来て、それに対応していく必要がある。極力、離島内で完結した医療を行う必要がある。
- 住民の期待に応え、信頼を得ることが何よりも大切である。
- 勤務時間は、365日、24時間体制で、勤務時間はあってなきがごとし。ただし、年中忙しいわけではない。
- 手打診療所は、ある程度の専門的検査や、いざという時には入院までできる有床診療所である。救急医療対策は重要で、CTも必要不可欠になっている。
- 診療所でも最先端の医療ができる。インターネット等で本土の病院とつないで、同じ画像を見ながら、病院の医師とディスカッションすることもできるし、ITカルテを鹿児島大学とつなげている。
- 島の中で対応できないケースは本土の病院に送らざるを得ない。いつでも受け入れてくれる病院が複数あり、困ることはない。
- 眼科や産婦人科の専門医も定期的に来てくれており、助かっている。

総合医体制構築のための課題（瀬戸上健二郎所長ヒアリング結果）

- 離島医療の目標は、医療・保健・福祉全てのことを島の中で完結できること。特に救急医療は大切で、ハード面の整備を含めた体制づくりが必要である。
- 有床診療所は福祉の一環として機能してもよいのではないかと。在宅医療を無理やり推進する必要はなく、必要に応じて入院でケアすればよいと思う。
- 離島医療の持つ利点を活用した魅力作りに取り組んでほしい。医師の側からすると、いろいろなことを身に付けていって、最終的にかかりつけ医になるということによってよいと思う。最初から「かかりつけ医になって下さい」といっても、若い医師を引き付けることはできないのではないかと。
- 離島医療は本来厳しく、辛く、時には泣きたくなることもあるが、それを乗り越えたところに離島医療の面白さややりがいがある。島全体が診療所と考えれば、都会にはない利点・魅力がある。

● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

「総合医」に関する国民健康保険中央会での検討の経緯

● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

平成22年3月
国民健康保険中央会

1. 「総合医」に関する国民健康保険中央会での検討の経緯

年度	件名
平成13 ～14年度	<p>「地域における包括的な保健・医療のあり方に関する研究」 (⇒平成14年12月に報告書公表)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・包括的な保健・医療のあり方を検討。 ・全市町村、国民健康保険診療施設、全地区医師会にアンケート。先進的な取り組みを行っている15地域・機関にヒアリング。 ・包括的な保健・医療の鍵として家庭医的機能を提言した。
平成15 ～17年度	<p>「地域における包括的な保健・医療推進モデル事業」 (⇒平成18年6月に報告書公表)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・上記提言を具体化するために、北海道・奈井江町、神奈川県・伊勢原市、長野県・茅野市において、モデル事業を実施。 ・3市町は、「予防と医療の連携」「診療所と病院の機能連携」「地域住民への情報提供」という共通のテーマのもとに、具体的な事業を推進。 ・様々な角度から効果を測定した。
平成18年度	<p>「高齢社会における医療報酬体系の在り方に関する研究」(⇒平成18年12月に報告書公表)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者に焦点を当てて、より良い医療体制のあり方を検討するとともに、後期高齢者の医療にふさわしい報酬体系のあり方について検討。 ・イギリス・オランダ・フランス・デンマークに視察。 ・かかりつけ医体制の強化とかかりつけ医に係る報酬体系の新設を提言した。
平成19年度	<p>「地域住民が期待するかかりつけ医師像に関する研究」 (⇒平成20年3月に報告書公表)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域住民が求めるかかりつけ医師の具体像を検討。 ・研究会委員ならびに関連する団体の推薦に基づいて選定した、266人の医師に対してアンケートを実施(156人より回答)。さらに、回答を頂いた医師の中から17人を選んで訪問ヒアリングを実施。 ・「総合医」の確立を提言した。
平成20 ～21年度	<p>「総合医体制整備に関する研究」 (⇒平成22年4月に報告書公表)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・わが国において総合医の体制を整備する方策を検討。 ・イギリス・フランスにおける家庭医の状況を視察するとともに、総合医育成に関わっている有識者からヒアリング・意見交換を行った。 ・総合医を育成するための、教育・研修、認定、生涯学習のあり方を検討するとともに、求められる制度のあり方等についても検討した。

(1) 「地域における包括的な保健・医療のあり方に関する研究」
(平成13～14年度)

- 包括的な保健・医療の体制をどのように確立していけばよいのか、そのために乗り越えるべき課題や条件は何か、といった点について検討した。
- 全市町村、全国健康保険診療施設、全地区医師会にアンケートを行った。
- 先進的な取り組みを行っている15地域・機関にヒアリングを行った。

[ヒアリングを行った16地域・機関]	
北海道・奈井江町	みどり内科クリニック (北海道・札幌市)
青森県・八戸市	
新潟県・黒川村	家庭医療クリニック西岡 (北海道・札幌市)
長野県・茅野市	
高知県・梼原町	用賀アーバンクリニック (東京都・世田谷区)
長崎県・平戸市	だいたう循環器クリニック (兵庫県・姫路市)
大分県・姫島村	
鹿児島県・下甑村(現薩摩川内市)と手打診療所	徳丸小児科医院 (愛媛県・松山市)
沖縄県・平良市	

- 包括的な保健・医療を展開させる最大の鍵として、家庭医的機能を6つのポイントにまとめ、提言した。

家庭医的機能の6つのポイント	患者の生活状況を的確に把握した上で、日常よく見られる病気の診断や治療について十分に対応する機能
	病気や障害の緊急度や重症度などに対応して、適切な医療機関を紹介する機能
	地域住民の抱える健康問題について、気軽にいつでも相談に応じる機能
	医療機関だけでなく、関連する様々な機関と連携しながら、健康増進・疾病予防から、退院後のリハビリテーションや介護サービスとの協力まで、継続したサービスを提供する機能
	在宅診療や健康教室など、地域に出向く活動を積極的に展開する機能
	住民や患者に対して、医師の家庭医的機能や役割について分かりやすく説明し、十分な納得を得るとともに、保健・医療に関する適切な情報を提供する機能

(2) 「地域における包括的な保健・医療推進モデル事業」 (平成15～17年度)

- かかりつけ医の普及を目的とする「地域における包括的な保健・医療推進モデル事業」を行った。
- モデル事業は、北海道・奈井江町、神奈川県・伊勢原市、長野県・茅野市の3市町において、平成15年度～17年度の3年間に渡って行われた。
- 3市町は、「予防と医療の連携」「診療所と病院の機能連携」「地域住民への情報提供」という共通のテーマのもとに、具体的な事業を推進した。
- 3市町の取り組みの成果を全国の地域で生かしていくために、以下の提言を行った。

□ 基本的な事項

- ① 行政や医療機関、住民など関係者による協議機関を設定し、特に住民の視点から、地域の保健・医療のあり方を議論していくこと。
- ② 首長が住民の健康づくりや保健・医療の充実に対して理解と熱意を持つこと。

□ 予防と医療の連携について

- ① 地域における生活習慣病予備群を把握する仕組みを、かかりつけ医をはじめとする関係者が協力・連携して作り上げていくこと。
- ② 保健師・栄養士・運動指導士など健康づくりに関わる専門職を養成するとともに、健診後の事後指導を推進する体制づくりをすすめること。
- ③ 住民の自発的な活動を積極的に健康づくりに活用していくこと。
- ④ 学校保健との連携を強化して、子どもの健康づくりを通して、家族全体の生活習慣の見直しにつなげていくこと。

□ 診療所と病院の機能連携について

- ① 機能連携の取り組みを主導するリーダーを育てていくこと。
- ② 地域医師会と病院関係者の組織的な取り組みを進めていくこと。
- ③ それぞれの医療機関が果たすべき機能を明確にして、役割分担をする仕組みを作っていくこと。
- ④ 病院の外来患者を減らす努力に対する財政的な支援の仕組みを検討すること。

□ 地域住民への情報提供について

- ① かかりつけ医を持つことの大切さを周知していくこと。
- ② 多様な手段(健康づくりイベント、公開講座、医療機関マップ、健康カレンダーなど)を活用した継続的な情報提供を進めていくこと。
- ③ 住民がかかりつけ医を持つよう情報提供を行うとともに、患者の医療機関選択を支援するような情報提供にも取り組んでいくこと。

(3) 「高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究」 (平成18年度)

- 後期高齢者に焦点を当てて、より良い医療体制のあり方を検討するとともに、後期高齢者の医療にふさわしい報酬体系のあり方について検討を行った。
- 検討に当たっては、平成18年4月以来会合（研究会5回・小委員会5回）を重ねて、議論を深めるとともに、ヨーロッパ4か国（イギリス・デンマーク・オランダ・フランス）の関係機関等にヒアリングを行った。
- 後期高齢者の医療にふさわしい報酬体系のあり方について、以下の提言を行った。

(1) 後期高齢者の医療におけるかかりつけ医体制の強化

後期高齢者を対象として、在宅医療を中心とするかかりつけ医の体制を強化すべきである。具体的には以下の通り。

- ① 後期高齢者は、原則として診療所の中にかかりつけ医を選ぶ
(病気になった場合には、最初にかかりつけ医を受診することを原則とする)
- ② かかりつけ医は以下のような役割を担う
 - －登録された後期高齢者の健康状態の把握と、健康上の相談への対応(例えば、健康づくりや保健指導、疾病予防、介護予防)
 - －診察、治療(専門医や病院への紹介を含む)
 - －リハビリテーションの指導
 - －ターミナルケアの対応と看取り
- ③ かかりつけ医は、登録された後期高齢者が介護保険給付の対象となっても、そのサービス提供機関・施設と協力しながら、引き続き、かかりつけ医としての役割を果たす

(2) かかりつけ医に係る報酬体系の新設

- ① 登録された後期高齢者の人数に応じた定額払い報酬を導入する
- ② 後期高齢者におけるかかりつけ医の報酬は、出来高払いと上記定額払いを併用する

(3) 効果

後期高齢者におけるかかりつけ医の体制を強化することによって、以下のような効果が期待できる。

- ① 医療機関に対するフリーアクセス(「いつでも、誰でも、どこへでも」)の中の「どこへでも」をある程度制限することにより病診機能が明確になり、効率的な医療が提供される。その結果、真に医療を必要とする人に必要な医療が提供されるようになる
- ② 後期高齢者におけるQOLの向上が推進される
- ③ 診察から入退院、リハビリテーション、介護サービスとの連携まで含めて、継続的な医療が推進される

(4) 「地域住民が期待するかかりつけ医師像に関する研究」 (平成19年度)

- 地域医療を担っている医師を対象にアンケートと訪問ヒアリングを行って、地域住民が期待するかかりつけ医師像のあり方を検討した。
- 研究会委員ならびに関連する団体の推薦に基づいて選定した、266人の医師に対してアンケートを実施(156人より回答)。さらに、回答を頂いた医師の中から17人を選んで訪問ヒアリングを実施。
- 社会全体で「総合医」を作っていくために、以下のような提言を行った。

(1) 地域医療を担う「総合医」像

今回調査の対象となった医師は、以下の6つの点で共通。

- 日常的な疾患(コモン・ディゼーズ)に対応し、プライマリ・ケアを実践している
- 他の専門的な医療機関等を適切に紹介することができる
- 地域において疾病予防や健康相談を含めた健康づくりを行っている
- 患者や地域住民の生活状況をよく把握している
- 時間外・夜間の対応を積極的にしている
- 往診や在宅医療に積極的に取り組んでいる

活動の特徴として、専門分野に偏らずほとんど全ての日常的な疾患に対応していること、患者の状況を総合的に判断して適切な医療(紹介も含め)を行っていること、患者家族や地域住民の生活を支えていること、等が挙げられ、「かかりつけ医」という言葉に代えて、「総合医」と呼ぶことがふさわしい。

(2) 「総合医」の確立

早急に「総合医」が社会的に確立されたものとなり、全国に普及していくことが求められる。そのためには、「総合医」を養成するコースを設定して、それぞれのコースに合わせた教育・研修の体制を整備した上で、認定をしていくことが考えられる。(認定の条件等は関係者間の協議で決めることを想定。)

(3) 「総合医」を育てる教育・研修・学習のあり方

- 学部教育においては、「総合医」を育成するためのカリキュラム構成の見直しと医学部学生が「総合医」の活動に触れる機会の設定が求められる。
- 卒後研修においては、「総合医」として求められる技術・能力などを習得するための実践的研修機会の拡充が求められる。
- 生涯学習においては、「総合医」としての医療技術を保つための学習機会の拡充が求められる。

(4) 「総合医」を支える環境整備

- 「総合医」と協力しその活動を支える職種の育成・確保が求められる。
- 関連する機関とは、役割分担を明確にした上で、協力・連携を推進することが求められる。
- 特にへき地や離島等の「総合医」を支援するための情報インフラの整備が求められる。
- 「総合医」の活動が十分評価され、その活動が助長されるような報酬のあり方を検討することが求められる。

(5) 「総合医体制整備に関する研究」 (平成20～21年度)

- わが国において総合医の体制を整備する方策を検討。
- イギリス・フランスにおける家庭医の状況を視察するとともに、総合医育成に関わっている有識者からヒアリング・意見交換を行った。
- 総合医を育成するための、教育・研修、認定、生涯学習のあり方を検討するとともに、求められる制度のあり方等についても検討し、以下のような提言を行った。

(1) なぜ総合医が必要なのか

わが国の社会状況の変化(高齢化など人口構造の変化、世帯構造の変化、疾病構造の変化など)に伴う医療需要の構造的な変化に、医療提供の仕組みや医師育成システムが十分に対応できていない。そのため、結果として医療資源の無駄遣いや住民のQOL(クオリティ・オブ・ライフ=生活の質)の低下につながっている。そうした状況は、わが国で、総合医を普及・浸透することによって、解決を図ることが期待される。総合医の役割は、以下の4つである。

- ・地域住民によくみられる症状に幅広く対応する
- ・初期診療に対応し、他の専門的な医療機関等を適切に紹介する
- ・住民・患者と継続的な関係を保つ
- ・住民・患者の疾病予防や健康づくりを行う

(2) 総合医の育成

これまでわが国では、総合医の専門性に対する評価が低く、総合医が専門医であるとの認識が乏しかった。総合医は、前提として高い専門性を必要とするものであり、専門医の一つとして総合医を位置付けて、その教育システムを早急に確立することが求められる。あわせて、総合医のキャリアパスを設定したり、雇用の場を確保するなどの取り組みを進めることも必要である。

(3) 総合医の認定

総合医を認定する仕組みを確立する必要がある。総合医の認定については、これから医師になる人が通るルートと、臨床経験のある医師が通るルートの2つに分けて整備する必要がある。

総合医を認定するための機関として、日本医師会や関連学会等が第三者機関を作ることが考えられる。

総合医の認定条件については、認定機関が全国統一的な認定条件を設定することが望ましい。ただし、すでに臨床経験のある医師については、これまでの活動実績等を考慮して、柔軟な認定を行っていくことが求められる。

認定は1回限りではなく、一定の期間(例えば10年)を設けて、更新していくものとする。

<※総合医の育成・認定のシステムの概念図は次ページを参照。>

(4) これからの医療のイメージ

<受診行動>

地域住民一人ひとりが、あらかじめ日頃受診する医師を決めておく。他の専門医を受診したり、病院に入院する場合には、その医師の紹介によるものとする。紹介によらずにいきなり専門医や病院にかかる場合には、別途負担がかかる。

<必要な法改正等>

必要な法改正や総合医確保策が展開され、総合医が様々な地域や医療機関に所属して、特性に応じた役割を担う。

<総合医の育成・認定のシステム>

